PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM VIII. ZESZYT III. MAJ. CZERWIEC. 1913.

PRACE ORYGINALNE.

Przyczynek do wolnego przeszczepiania powięzi

napisał

A. I. GOLDMAN

(Łódź).

Zapoczątkowanie przeszczepiania narządów i tkanek otworzyło dla chirurgii dotychczas nieznane i niedoścignione drogi, po których kroczy do udoskonalenia się technicznego bardzo wielu badaczy, nadewszystko—słynny uczony francuski w Ameryce Carrel.

Przeszczepione narządy i tkanki powinny wgoić się w miejscu, dokąd zostały przeszczepione, a następuje to tem powolniej i trudniej, im większe wymagania co do warunków odżywiania stawia przeszczepiona tkanka; im mniejsze są one, tem łatwiej następuje wgojenie, czyli udaje się przeszczepienie.

Z tego to właśnie powodu wgajają się bez powikłań martwe ciała, jeśli są jałowe i nie działają drażniąco wskutek swych dużych rozmiarów, lub własności chemicznych. Dość wspomnieć w tem miejscu o wgajaniu się jedwabnych nici po podwiązywaniu naczyń, sztucznych ścięgien z jedwabiu, drutu srebrnego, płytek metalowych przy szwie kostnym i t. d.

Z tego wynika, że najlepiej nadają się do przeszczepiań takie tkanki, jak ścięgna i powięź, które same prawie pozbawione naczyń otrzymują pożywienie głównie z soku tkanek otaczających, a te warunki mają one również po usunięciu z miejsca stałego pobytu i przeniesieniu na nowe środowisko.

Zasługę opracowania nauki o wolnem przeszczepianiu tych tkanek mają Kirschner, König, Rehn (junior) i inni, dowiedli oni celowości tej metody na dużej liczbie doświadczeń i prób u ludzi i zwierząt. Hofmeier za poradą Königa stosował wolną powięź u zwierząt dla wzmocnienia i przykrycia szwu przewodu pokarmowego i pęcherza moczowego, jak również braków tchawicy i pęcherza moczowego, wszystko to z najlepszym wynikiem—wgojenie się następowało bez przetoki. König wykonywał szwy cewki, pęcherza i odbytnicy płatami powięzi. Badania histologiczne wykazują w przeszczepionej powięzi u ludzi i zwierząt dobrze zachowane i barwiące się jądra, niekiedy z czasem na miejscu wszczepionej powięzi tworzy się tkanka ziarninowa nader obfita w naczynia.

Jak odporna jest powięź na wpływy zewnętrzne, i jak małe ma wymagania pod względem swego odżywiania się, dowodzi przypadek Kirschnera, zasługujący na przytoczenie jeszcze i z tego względu, że stanowi pierwszy przypadek, gdzie zostało dokonane badanie histologiczne przeszczepionej powięzi u człowieka.

U 40-letniego pacyenta po operacyi Maydla z powodu wynicowania pęcherza moczowego dla przykrycia braku ściany brzusznej użyto płata szerokiej powięzi uda, którego to płata nie udało się przykryć skórą, wskutek czego przeszczepiona powięź na przestrzeni 4×5 cm. była zupełnie obnażona. Po upływie $1^1/_2$ miesiąca, gdy chory zmarł, wykonane badanie histologiczne przeszczepionej powięzi wykazało co następuje: osnowa powięzi barwi się dobrze, również dobrze są zachowane jądra komórek; na dolnej powierzchni płata widać dobrze siatkę tkanki tłuszczowej; ze szczeliny między powięzią i skórą przebiega w kierunku do powięzi obficie unaczyniona ziarnina, na wolnej powierzchni powięzi widać dużo różnej wielkości wysepek ziarniny i skupienia leukocytów.

Co do techniki przeszczepiania powięzi, to jest ona nader

niepowikłana. Jeśli używamy szerokiej powięzi uda, to obnażamy ją cięciem podłużnem na dowolnej przestrzeni, i wycinamy z niej potrzebnej długości i szerokości płat, możliwie unikając krwawienia, i przenosimy go na dane miejsce, gdzie umocowujemy kilkoma szwami strunowymi, starając się zrobić to bez zbytniego napięcia; na udzie brzegów powięzi nie zeszywamy — zadowalając się szwami skórnymi.

W rozporządzeniu mojem mam 6 przypadków, gdzie jako materyału plastycznego użyłem szerokiej powięzi — pozwalam sobie 3 z pośród nich tu w krótkości przytoczyć.

Tobias G., 10 lat, operowany 26 marca 1912 r. z powodu przecięcia przed 3 miesiącami nerwów pośrodkowego i łokciowego. Nerw pośrodkowy po wycięciu blizn zeszyto bezpośrednio, nerw łokciowy po wydłużeniu sposobem Beyera zeszyto również, jako i pośrodkowy. Aby uchronić miejsca szwów od zrostu z tkankami otaczającemi, wycięto 2 płaty z powięzi szerokiej na prawym udzie i utworzono dwie pochwy, któremi otoczono zeszyte miejsca nerwów; płaty umocowano luźno szwami strunowymi.

Rychłozrost na ramieniu, jak również w miejscu, skąd wzięto powięź— czynności mięśnia, którego pochwy nie zaszyto oddzielnie, bez zarzutu, przepuklina mięśniowa nie utworzyła się (badanie po $^3/_4$ roku).

Z powodu b. niewielkich zmian na lepsze ze strony nerwu łokciowego 2 grudnia r. b. obnażyłem go na całym przebiegu. Pochwa z powięzi jest tak mocno zrośnięta z nerwem, że ją trudno odróżnić. Wgoiła się zupełnie.

Marjem S., 31 lat, operowana z powodu przepukliny ściany brzusznej tuż nad więzem Pouparta po przebytem ropnem zapaleniu okołokątniczem, wygojonym samoistnie z przetoką. Po usunięciu wyrostka robaczkowego typowem cięciem 1 czerwca r. b. i wygojeniu przetoki przystąpiono do zamknięcia przepukliny ściany brzusznej. Po zeszyciu wyseparowanej otrzewnej i powięzi poprzecznej — nałożono na miejsce to płat powięzi szerokiej z prawego uda, który umocowano 4-ma szwami z nici lnianej; szew powięzi powierzchownej i skóry, szew na udzie bez powięzi. Rychłozrost na brzuchu i udzie. Przepuklina mięśniowa nie występuje.

Michalina P., 48 lat, operowana 11 października 1912 r. z powodu przetoki pęcherzowopochwowej wielkości ziarnka grochu.

Po odpreparowaniu blizny zarówno w stronę pęcherza, jak i pochwy nałożono na szew pęcherza płat powięzi szerokiej z prawego uda i wszyto go między pęcherz i pochwę 4-ma szwami strunowymi. Ponad płatem zeszyto drutem pochwę. Cewnik na stałe usunięto 7-go dnia. Przetoka zagoiła się zupełnie.

* * *

Powięź b. nadaje się do przeszczepiań wszelkiego rodzaju, i ma znaczną przewagę nad innemi dotąd w tym celu używanemi tkankami. Zalety jej są następujące:

1. Nieznaczna grubość przeszczepianych kawałków jest dużą rękojmią histologicznego dostrojenia się do nowego podścieliska—ułatwia się zrost zeszytych miejsc, leżących pod i nad przeszczepioną powięzią, a co za tem idzie—umożliwia się czynność operowanych narządów.

2. Powięź jest nadzwyczaj trwała—opiera się znacznemu napięciu i nie łatwo ulega przecięciu przy szyciu cienkiemi igłami. Kirschner obarczał kawał powięzi szerok. 1 cm. od 21 godzinnego trupa 50 funtami bez wpływu na budowę histologiczną powięzi.

3. Co do ilości materyału, jaką rozporządzamy, to jesteśmy prawie zupełnie nie ograniczeni. Można wypreparować z uda bez szkody powięzi szerokości 10 × 35 cm.—najsilniejsze pasmo powięzi ciągnie się od miejsca, leżącego na 2 cm. ku przodowi od dużego krętarza do zewnętrznej powierzchni kolana. Prócz powięzi szerokiej można użytkować przednią powięź mięśnia prostego brzucha, powięź m. skośnego zewnętrznego brzucha.

4. Szkoda, jaką wyrządzamy przez zabranie powięzi, jest b. niewielka — pomimo, że brzegów odciętych nie zaszywamy. W zeszłym roku na zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie zakomunikował Kirschner, że w 2 przypadkach tylko zauważył wypuklanie się mięśni na udzie przy spokojnem ułożeniu kończyny, czynnościowo zmiany te są bez znaczenia.

5. Powięź ma b. różnorodne zastosowanie: do wytwarzania ścięgien, więzów stawowych, ścian w jamach ciała jak ściana brzucha, otrzewna, osierdzie, przepona, opona twarda — powięź współzawodniczy z okostną, tkanką tłuszczową, otoczką z wodniaka jądra przy uruchomieniu zesztywniałych stawowych powierzchni.

Payr zastosował powięź do operacyi z powodu opuszczenia się powieki górnej. Mianowicie przeniósł on działanie mięśnia czołowego na tarczkę (tarsus) za pomocą pasma powięzi, które wszczepia między mięsień i tarczkę.

Z oddziału ginekologicznego szpitala miejskiego imienia Cesarzewicza Aleksandra w Kijowie.

Wady wrodzone układu moczowego u kobiet

podał

MICHAŁ PIETKIEWICZ.

(Dokończenie) [1].

IV. Zboczenia w położeniu nerek. Brak nerki.

Przypadek 1. Wrodzone zboczenie położenia nerki prawej. Nieprawidłowy rozwój kośćca. Zanik połowiczy twarzy.

(№ 2748). E. G., izraelitka z Berdyczowa, 38 lat, zapisała się do szpitala d. 26 kwietnia 1908 r., wskazując na bóle w podbrzuszu, szczególnie na prawej stronie. Zachorowała przed 2 laty. Przedtem była zawsze zdrowa. Pochodzi ze zdrowej rodziny. Miesiączkuje od 16 roku życia co 3 tygodnie po 4 dni, nieobficie. Zamężna drugi raz; ciąży nie było.

Chora małego wzrostu, miernego odżywiania. Twarz chorej przedstawia znaczny stopień asymetryi: prawa połowa twarzy jest drobniejsza, niż lewa. Wyraz twarzy sprawia wrażenie smutku. Na tęczówkach obu oczu—barwnik rozsiany. Nad górną wargą dość obfity zarost (wąsy). Prawy bark i prawa kirść (os ilium) mają mniejszą objętość, i stoją na niższym poziomie, niż na stronie lewej; wyraźnego skrzywienia kręgosłupa niema. Kończyny górne, również jak dolne—jednakowej długości. Różnicy co do siły mięśniowej w rękach lub nogach nie zauważono. Na plecach znajduje się kilka plam bezbarwnych (vitiligo). W okolicy lędźwiowej znacznie uwydatniają się wyrostki kolczyste. W temże miejscu gęstym włosem porośnięta skóra na przestrzeni 12 cm. szerokości i 6 cm. długości. Na le-

---

[1]) Patrz Tom VI, Z. II i Tom VII, Z. II Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego.

wej goleni duże znamię barwnikowe (8 cm. długości). Wymiary miednicy: dist. spin. sup. $27^1/_2$; crist. oss. ilii 28; trochant. 30; conjugata ext. 20 cm. Gruczoły sutkowe słabo rozwinięte. Zewnętrzne narządy rodne prawidłowe. Pochwa dosyć wązka. Macica w przodozgięciu, prawidłowej objętości i kształtu. Z prawej strony macicy wyczuwa się guz wielkości mandarynki, sprężysty, mało ruchomy, bolesny. Połączenie guza z macicą niewyraźne. Na lewej stronie jajnik znacznie powiększony, niezmiernie bolesny. Badanie moczu nie wykazało zawartości składników chorobowych.

Rozpoznanie: przypuszczalnie torbielak prawego jajnika.

Operacya 30 kwietnia. (Doc. G. Pisiemskij). Uśpienie chloroformowe. Cięcie brzucha poprzeczne. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono: zapalenie przewlekłe jajnika lewego. Z prawej strony nie było żadnych zmian widocznych w przydatkach macicy. Natomiast wyczuwał się z prawej strony, powyżej linii bezimiennej, guz zaotrzewny, mało ruchomy, spójności ciastowatej, przypominający nerkę pod względem objętości i kształtu. Po rozcięciu otrzewnej ponad guzem przekonano się, że ma się do czynienia rzeczywiście z nerką. Nerka była spłaszczona na przedniej powierzchni; składała się z trzech oddzielnych płatów. Z wnęki nerki wyłaniała się ku górze tętnica grubości pióra gęsiego; nieco niżej znajdował się moczowód, dążący ku linii pośrodkowej i ku dołowi. Otrzewną ponad nerką zeszyto natychmiast. Badanie okolicy podżebrowej na stronie prawej nie wykazało obecności nerki; natomiast w lewem podżebrzu wymacano nerkę prawidłowej objętości. Ranę brzuszną zaszyto w sposób zwykły. Przebieg okresu pooperacyjnego prawidłowy.

Badanie wziernikiem pęcherzowym (13 maja). Pojemność pęcherza moczowego 295 cm. sz. Błona śluzowa bez zmian. Trójkąt Lieutauda prawidłowy; ujścia obu moczowodów mieszczą się w miejscach zwykłych. Cewnikowanie moczowodów: długość lewego moczowodu wynosiła 28 cm.; przez cewnik wydzielał się mocz przezroczysty barwy słomianej. Cewnik, wprowadzony do prawego moczowodu, dosięgnął miedniczki nerkowej w odległości 11 cm. ponad ujściem pęcherzowem moczowodu; przez cewnik wydzielał się mocz także przezroczysty, barwy ciemniejszej i w mniejszej ilości, niż z lewej nerki.

D. 14 maja opuściła operowana szpital z raną zagojoną w stanie zdrowia zadowalającym.

W tym przypadku stwierdzone zostało nieprawidłowe położenie nerki u osobnika nieprawidłowo rozwiniętego, mającego także na powierzchni ciała szereg zmian różnorodnych, noszących po części cechę t. z. piętn zwyrodnienia. Godny uwagi jest fakt, iż nieprawidłowość układu kostnego, jak również zboczenie w położeniu nerki miały miejsce na tej samej stronie. Stąd można wnosić, iż istniała tu, prawdopodobnie, jakaś

ogólna przyczyna, która spowodowała niedorozwój jednej t. j. prawej strony ciała [1]).

Co się tyczy etyologii połowiczego zaniku twarzy, tłómaczą go w sposób rozmaity. Najczęściej przypisują to cierpienie zarazkowi lub innym czynnikom, wywierającym wpływ ujemny na nerwy obwodowe twarzy. Wielce przekonywającą wydaje się teorya Brissauda [2]), według której połowiczy zanik twarzy uważać należy, jako wynik cierpienia ośrodkowego układu nerwowego („une gliomatose cérébro — spinale primitive ou secondaire").

Przypadek 2. Wrodzone zboczenie położenia nerki prawej. Zwyrodnienie jajników.

E. S., karaimka z Kijowa, 34 lat, zamężna, zgłosiła się do prywatnego ambulatoryum doc. G. Pisiemskiego z powodu silnych boleści w podbrzuszu i krzyżach. Od dłuższego czasu miewa uporczywe zaparcie stolca naprzemian z rozwolnieniem (colitis chronica). Miesiączkuje od 11 roku życia co 4 tygodnie po 6—7 dni, obficie. Odbyła 2 porody w czas, zupełnie pomyślnie. Badanie ręczne wykazało: macica w przodozgięciu, przesunięta ku przodowi, objętości prawidłowej; po za macicą wyczuwa się w zatoce biodrowokrzyżowej z prawej strony guz sprężysty, prawie nieruchomy, bolesny, objętości małej pomarańczy, nieco spłaszczony. Z lewej strony od macicy wymacano drugi guz torbielowaty, wielkości jaja kurzego. Wymiary miednicy prawidłowe; sprzężna zewnętrzna 21 cm. Ze strony dróg moczowych dolegliwości niema. Mocz prawidłowy.

Rozpoznano: torbiele jajników z obu stron.

Operacya 8 października 1908 r. w lecznicy prywatnej (G. Pisiemskij). Uśpienie chloroformowe. Cięcie brzucha podłużne, na prawo od kresy białej. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono na granicy małej i dużej miednicy na prawo od wzgórka (promontorium) guz, umieszczony po za otrzewną, nie mający żadnego związku z przydatkami macicy. Z kształtu i spójności był ów guz podobny do nerki nieco powiększonej. Po rozcięciu otrzewnej przekonano się, że ma się do czynienia z nerką miedniczą. Otrzewną

[1]) Wrodzoną dystopię nerki u osobników nieprawidłowo rozwiniętych spostrzegali A. Otto, A. Weisbach, G. Strube, Buss, W. Freund, Verocay i S. Stephan. Dystopię narządów jamy brzusznej obok dystopii nerki opisali Gruber, Kałantarów i Grosglik; inne nieprawidłowości w ustroju spostrzegali Alglave i Apert.

[2]) E. Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses. 2-e série Paris. 1899. S. Kopczyński. O postępującym połowiczym zaniku twarzy. Prace I Zjazdu polskich neurologów, psychiatrów i psychologów w Warszawie 1909 r.

ponad nerką zcszyto. Badanie okolic podżebrowych wykazało: brak nerki w prawem podżebrzu; na lewej zaś stronie znaleziono nerkę na miejscu zwykłem. Oba jajniki były zwyrodnione. Prawy jajnik—wielkości śliwki—został częściowo wycięty. Lewy objętości kurzego jaja usunięto całkowicie. Okres pooperacyjny bez powikłań.

Badanie drobnowidzowe jajników wykazało: degeneratio cystica, angioma, endarteriitis chron. obliterans.

W maju 1911 r. skierował do mnie pacyentkę kol. Pisiemskij dla zbadania narządów moczowych. Ogólny stan operowanej był zadowalający. Boleści żadnych nie doświadczała, wskazywała tylko na zbyt obfite i długo trwające miesiączki. Pojemność pęcherza moczowego 350 cm. sz. Oględziny wnętrza pęcherza wykazały: Dno pęcherza przemieszczone ku stronie lewej. Błona śluzowa prawidłowa. Trójkąt Lieutauda i ujścia moczowodów bez zmian. Z obu moczowodów wydziela się okresowo mocz przezroczysty. Prawy moczowód reaguje znacznie słabiej, niż lewy. Długość prawego moczowodu wynosi zaledwie 10, lewego—29 cm. Składników chorobowych w moczu nie znaleziono.

Przypadek powyższy zasługuje na szczególną uwagę akuszera. Zdawałoby się, iż nerka, większa niż średnich wymiarów, prawie nieruchoma, umieszczona u samego wejścia do małej miednicy, powinna była stanowić przeszkodę mechaniczną w czasie porodu, co najmniej — stać się powodem bardzo przewlekłej czynności porodowej [1]). A jednak, jak dowiedzieliśmy się z wywiadu, odbyła pacyentka dwa porody wczas, bez żadnych powikłań. Pomyślny przebieg porodów w tym przypadku przypisać należy, jak sądzę, nietylko dobrym wymiarom miednicy, lecz także tej szczęśliwej okoliczności, iż nerka umieszczona była nieco z boku wzgórka miednicy i nie zmniejszała w znacznym stopniu wymiaru sprzężnej zewnętrznej. Być także może, iż—dzięki rozluźnieniu tkanek w okresach porodowych—stawała się nerka o tyle ruchomą, że usuwała się — w czasie przejścia płodu przez pierścień miednicy—dalej od wzgórka na prawo lub też nawet ku górze—do dużej miednicy.

[1]) Hohl, Cragin, Hochenegg i Vindrath opisują znaczne zaburzenia w czasie porodu, spowodowane obecnością nerki miedniczej; w przypadku Albers-Schönberga dystopia wrodzona nerki stała się nawet powodem pęknięcia macicy.

Przypadek 3. Wrodzone zboczenie położenia nerki prawej. Niedorozwój jajowodów.

(№ 5508) C. D., izraelitka z Bachmacza gub. Czernihowskiej, 25 lat, zgłosiła się do szpitala d. 2 czerwca 1912 r. za poradą miejscowego lekarza, który stwierdził u niej torbiel prawego jajnika. Pacyentka średniego wzrostu, prawidłowej budowy ciała, dobrze odżywiana. Zamężna od dwóch lat; ciąży nie było. W dzieciństwie przebyła odrę, 4 lata temu pokrzywkę; innych chorób nie pamięta. Miesiączkuje od 13 roku życia co 3 tygodnie po 5 — 6 dni, umiarkowanie. Przed wyjściem za mąż nie doświadczała żadnych dolegliwości. 2 lata temu zaczęły zjawiać się w czasie miesiączkowania boleści w dole brzucha, wyłącznie na prawej stronie. Innych dolegliwości niema. Mocz prawidłowy. Zewnętrzne narządy rodne bez zmian szczególnych. Macica w przodozgięciu, odsunięta ku tyłowi, ruchoma, niebolesna, objętości prawidłowej. Z prawej strony wyczuwa się po za macicą, na wysokości wewnętrznego ujścia macicy, dolny odcinek guza kulistego, nieco spłaszczonego. Górna granica guza zaznacza się niewyraźnie z powodu znacznej grubości ściany brzusznej. Guz mało ruchomy, jędrnosprężysty, nieco bolesny od ucisku. Wyraźnego połączenia guza z macicą nie udało się stwierdzić. Przydatki macicy na lewej stronie nie wyczuwały się. Rozpoznano: przypuszczalnie torbiel prawego jajnika.

Operacya 4 kwietnia (Doc. G. Pisiemskij). Uśpienie chloroformowe. Cięcie brzucha poprzeczne. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono co następuje: Macica znacznie odsunięta ku tyłowi. Jajniki z obu stron bez zmian szczególnych. Jajowody o przebiegu wybitnie wężykowatym, nie zgrubiałe. W zatoce biodrowokrzyżowej z prawej strony wypukla się pod otrzewną guz objętości jaja gęsiego, prawie całkiem nieruchomy. Dolna część guza sięga podstawy prawego więzadła szerokiego, unosząc ku górze tylny jego listek i prawy jajnik. Po rozcięciu błony otrzewnej ponad guzem stwierdzono, że ma się do czynienia z nerką miedniczą znacznej objętości o budowie płatowatej. Dalszego badania zaniechano; otrzewną ponad nerką zaszyto. Wobec znacznego odsunięcia ku tyłowi przyszyto macicę do przedniej ściany brzusznej według sposobu Olshausena. Okres pooperacyjny bez powikłań.

Badanie wziernikiem pęcherzowym (13 kwietnia). Pojemność pęcherza moczowego 350 cm. sz. Błona śluzowa pęcherza prawidłowa. Trójkąt Lieutauda i oba ujścia moczowodowe również bez zmian. Prawy moczowód reaguje prawidłowo. Cewnik, wprowadzony do tegoż moczowodu, dosięgnął miedniczki nerkowej na wysokości $11^3/_4$ cm. ponad ujściem pęcherzowym moczowodu. Przez cewnik wydzielał się mocz przezroczysty według „typu miedniczkowego“. Z lewej strony pęcherza nie widać reagowania moczowodu, ani wydzielania się moczu. Cewnik, wprowadzony do lewego moczowodu, przenika bez przeszkody na 30 cm. Pomimo to, iż cewnik pozostawał w lewym moczowodzie w ciągu $^1/_2$ godziny, nie wydzie-

liło się zeń ani kropli moczu. Powtórne badanie po paru dniach dało wynik jednakowy z poprzednio opisanym.

D. 16 kwietnia opuściła operowana szpital w zadowalającym stanie zdrowia.

Na podstawie wyników badania narządu moczowego można było na razie przypuszczać, że w tym przypadku mamy do czynienia nietylko z wrodzoną wadą położenia nerki prawej, ale także z jakąś sprawą chorobową nerki lewej. Zupełny brak moczu w lewej miedniczce nerkowej w czasie badania dwukrotnego, a także znaczne powiększenie objętości nerki prawej (miedniczej) upoważniały poniekąd do takiego przypuszczenia. Po pewnym czasie jednak wyjaśniło się, że podejrzenie co do bezczynności nerki lewej było mylne. Badając pacyentkę po raz trzeci (we wrześniu 1912 r.) przekonałem się o prawidłowej sprawności obydwóch nerek. Mieliśmy więc w tym przypadku objawy czasowego bezmoczu lewej nerki pochodzenia nerwowego. Przyczyną tego zjawiska było, widocznie, podrażnienie odruchowe ośrodków naczynioworuchowych nerki w czasie wziernikowania i sączkowania, na które reagowała chora w okresie pooperacyjnym niezwykle silnie.

Przypadek 4. Brak nerki i moczowodu z lewej strony. Wrodzone nieprawidłowe położenie nerki prawej. Brak macicy, jajowodów i pochwy. [1]).

(№ 2242) O. M., rusinka gub. Kijowskiej, 22 lat, zamężna, zgłosiła się do szpitala d. 5 czerwca 1907 r., wskazując na niemożność spółkowania. Miesiączki nie miała nigdy. Czy miewa w pewnych okresach dolegliwości (molimina) miesiączkowe — nie udało się wyjaśnić. Libido sexualis, według zeznania jej, istnieje. Za mąż wyszła dwa lata temu. Żyła z mężem tylko dwa miesiące, ponieważ próby spółkowania były bezskuteczne i sprawiały zawsze silne bóle. Pacyentka pochodzi ze zdrowej rodziny. W dzieciństwie przebyła ospę, innych chorób nie pamięta. Kościec prawidłowy, odżywianie zadowalające. Habitus femininus. Gruczoły sutkowe dobrze rozwinięte. Uwłosienie zewnętrznych części płciowych obfite. Wargi sromowe większe i mniejsze prawidłowe. Łechtaczka słabo rozwinięta. Ujście cewki moczowej bez zmian szczególnych. Poniżej cewki nie widać ani błony dziewi-

[1]) Przypadek ten był cytowany w odczycie dra M. Gerszuna: „Kazuistyka wad rozwojowych narządów rodnych u kobiet w związku ze sprawą rozwodową“, wygłoszonym podczas III Zjazdu Towarzystwa położników i ginekologów rosyjskich w Kijowie 1909 r.

czej, ani otworu pochwy: całą przestrzeń pomiędzy cewką, wargami mniejszemi i spoidłem tylnem sromu pokrywa gładka śluzówka, która dosyć łatwo pod uciskiem palca poddaje się wtłoczeniu na 2 — 3 cm. W miejscu, gdzie powinien znajdować się introitus vaginae, spostrzeżono bardzo mały otwór — około 2 mm. średnicy — prowadzący do kanału, ślepo zakończonego, długości 5 mm. Badanie przez odbytnicę wykazało w zatoce biodrowokrzyżowej z prawej strony guz małoruchomy, jędrnosprężysty, wielkości pięści dorosłego mężczyzny. Na przedniej powierzchni guza wymacano powrózek, dążący ku przodowi. Pozatem nie znaleziono w jamie miednicy żadnego innego narządu, któryby wykazał istnienie macicy i przydatków. Wobec przypuszczenia, że ma się do czynienia z nowotworem, pochodzącym ze szczątkowej macicy lub jajnika prawego, zdecydowano wykonać cięcie brzucha.

Operacya 9 czerwca (Doc. G. Pisiemskij). Uśpienie chloroformowe. Po otwarciu jamy brzusznej nie znaleziono ani macicy, ani przydatków, ani narządów szczątkowych układu rodnego. Na otrzewnej, wyściełającej dno miednicy, zauważono 2 niewielkie fałdy półksiężycowate; po rozcięciu ich nie znaleziono nic innego, prócz tkanki, która nie odróżniała się od błony otrzewnowej. W zatoce biodrowokrzyżowej poniżej wzgórka wypuklał się duży guz zaotrzewny kształtu podkowy; większy odcinek guza mieścił się z prawej strony miednicy. Po rozcięciu otrzewnej, pokrywającej guz, rozpoznano nerkę, która składała się z kilku płatów, oddzielonych głębokiemi brózdami. Wnęka nerki była zwrócona ku górze — ku wzgórkowi. Po zaszyciu otrzewnej ponad nerką miedniczą zbadano okolice podżebrowe. Ani z jednej, ani z drugiej strony nie znaleziono nerki w miejscu właściwem. Ściany brzucha zaszyto szwem trzypiętrowym. W okresie pooperacyjnym nie było żadnych powikłań.

Oględziny wnętrza pęcherza moczowego za pomocą wziernika (21 czerwca). Pojemność pęcherza 220 cm. sz. Błona śluzowa prawidłowa. Trójkąt Lieutauda zaznacza się wyraźnie, ale tylko z prawej strony. Ujście prawego moczowodu znajduje się w miejscu właściwem, na niewielkim wałku prawidłowo ukształtowanym. Moczowód reaguje prawidłowo i wydziela mocz przezroczysty. Długość moczowodu wynosi 8 cm. Z lewej strony nie znaleziono ujścia moczowodowego. W okolicy, gdzie powinien znajdować się otwór, widać na gładkiej powierzchni śluzówki dwie duże tętnice, dążące ku zwieraczowi pęcherza. Po wstrzyknięciu podskórnem karminu indygowego, stwierdzono po 8 minutach silne zabarwienie moczu, tryskającego z prawego moczowodu. W innych miejscach pęcherza nie spostrzeżono nigdzie wydzielania się barwnika.

Operowana opuściła szpital w zadowalającym stanie zdrowia.

Jak widać z przytoczonych historyi choroby, wady rozwojowe nerek nie były ani razu rozpoznane przed operacyą; znajdowano je wypadkowo. Pomimo mylnego rozpoznawania „guzów miedniczych“ [1]), operacye były wykonane, na szczęście, pomyślnie pod tym względem, iż ani razu nie uszkodzono nerki miedniczej, ani naczyń nerkowych, ani moczowodu [2]). Przebieg okresu pooperacyjnego u wszystkich czterech pacyentek był prawidłowy, bez podwyższenia ciepłoty i innych powikłań.

Z powodów zrozumiałych nie były nerki miednicze w czasie operacyi szczegółowo badane pod względem budowy, sposobu łączenia się z moczowodem, układu naczyniowego i t. d. Unikając wszelkich zabiegów zbytecznych, jak również przewlekania operacyi, ograniczał się operujący jedynie do stwierdzenia faktu, iż ma do czynienia nie z torbielą jajnika, ani jakimś innym guzem, tylko z nerką miedniczą. Nerkę rozpoznawano podczas operacyi niekiedy bezpośrednio po zbadaniu organu ręką — przed rozcięciem pokrywającej go otrzewnej; otrzewną rozcinano jednak zawsze dla uniknięcia możliwego błędu w rozpoznaniu. Badanie tworu zaotrzewnego odbywało się z wielką ostrożnością; obnażono go o tyle tylko, o ile to było niezbędne dla ścisłego określenia istoty jego. Pomimo takiego—rzec można—pobieżnego badania nerki miedniczej zanotowano szereg szczegółów, mających doniosłe znaczenie. Przedewszystkiem zwracano podczas operacyi baczną uwagę na stosunek nerki miedniczej do narządów sąsiednich i do otrzewnej. Granice nerki dawały się w każdym przypadku dokładnie określić; nie łączyły się one ściśle z organami rodnymi. W trzecim przypadku, w którym umieszczona była nerka po części międzywięzadłowo, wyodrębniała się dolna jej granica

---

[1]) W przypadku drugim u E. S. rozpoznano prawidłowo guz jajnika z lewej strony; operacya była tu wskazana bezwarunkowo.

[2]) Znane są przypadki, w których rozpoznawano nerkę miedniczą podczas operacyi zbyt późno, wówczas gdy organ uległ już znacznemu uszkodzeniu (Mundé, Orth). Alsberg zmuszony był wyłuszczyć nerkę miedniczą z powodu rozerwania moczowodu i Hochenegg z powodu uszkodzenia tętnicy nerkowej. Buss i Polk wycięli jedyną w ustroju nerkę (miedniczą); pierwszemu z nich nie udało się rozpoznać nerki w czasie operacyi, drugi zaś wyciął nerkę świadomie, nie podejrzywając jednak braku drugiej nerki. Przytoczone tu fakty z piśmiennictwa nie wyczerpują, oczywiście, kazuistyki całego szeregu wydarzeń tego rodzaju.

również zupełnie wyraźnie. We wszystkich przypadkach była nerka miednicza mało ruchoma, lub prawie nieruchoma; nie dawała się przesuwać na pewną odległość od łożyska, w którem była umocowana. Otrzewna pokrywała przednią powierzchnię nerki; nie otaczała ani dolnego ani bocznych brzegów narządu [1]). Fałdów, blizn, zrostów błony otrzewnej nie znajdywano w okolicy nerki miedniczej.

W przypadku pierwszym posiadała nerka miednicza kształt prawidłowy i objętość zwykłą; składała się z trzech płatów; z wnęki wyłaniała się ku górze tętnica niezwykłej grubości; nieco niżej znajdował się moczowód, dążący ku linii pośrodkowej i ku dołowi. W przypadku drugim była nerka również prawidłowo ukształtowana, nieco powiększona. W przypadku trzecim zanotowano znacznie powiększoną objętość nerki o budowie płatowatej. Wreszcie w przypadku czwartym była nerka znacznych wymiarów, miała kształt podkowy; składała się ona z kilku płatów, oddzielonych głębokiemi bróżdami; wnęka nerki była zwrócona ku górze.

Badania wewnętrznych narządów moczowych dokonywałem za pomocą wziernika pęcherzowego i cewnikowania moczowodów zwykle w kilka lub kilkanaście dni po operacyi (w 2-im przypadku dopiero po $2^1/_2$ latach). We wszystkich czterech przypadkach stwierdziłem znaczne skrócenie moczowodów, łączących się z nerką miedniczą, długość ich wynosiła 8 do $11^3/_4$ cm. Ujścia moczowodów nie przedstawiały żadnych zmian ani pod względem ukształtowania, ani umiejscowienia. Mocz, wydzielający się z nerek miedniczych, był prawidłowy.

Dziwnym zbiegiem okoliczności nagromadziły się opisane tu przypadki w ciągu niedługiego stosunkowo czasu: od czerwca 1907 r. do lipca 1912 r; przedtem nie napotykano wśród materyału szpitalnego ani razu wady rozwojowej nerek (od 1902 r. do chwili obecnej dokonano w oddziale ginekologicznym 1650 laparotomii). Godną zaznaczenia jest także ta okoliczność, że we wszystkich czterech przypadkach mieliśmy do

[1]) W przypadkach przemieszczenia nerki, nabytego za życia, napotyka się niekiedy rodzaj szypuły (mesonephron).

czynienia z wadliwem położeniem nerki wyłącznie z prawej strony [1]).

Nim przejdziemy do omówienia panujących dziś poglądów na pochodzenie wad rozwojowych nerek, powikłania i t. d., pozwolę sobie zatrzymać się przedewszystkiem nad pytaniem, mającem doniosłe znaczenie praktyczne, mianowicie: czy sprawiała nerka miednicza w przypadkach naszych jakie zaburzenia czynnościowe w ustroju lub dolegliwości podmiotowe, któreby należało tłómaczyć jedynie, jako wynik nieprawidłowego położenia nerki? Na pierwszą część pytania można stanowczo odpowiedzieć przecząco: zaburzeń czynnościowych nie było wcale. Co się tyczy objawów podmiotowych, sądzę, iż w przypadkach, w których wskazywano na bóle w okolicy nerki miedniczej,—nie były uwarunkowane zboczeniem w położeniu nerki, lecz wyłącznie cierpieniem układu rodnego. Jak widać z historyi choroby E. S. (przyp. 2-gi), zależały boleści w dole brzucha i krzyżach od cierpienia przydatków macicy; po wycięciu zwyrodnionych jajników ustały bóle zupełnie. Chora O. M. (przyp. 4-ty) nie wskazywała wcale na bóle w okolicy nerki. Co się tyczy dwóch innych pacyentek, na razie nie łatwo było zoryentować się, skąd pochodzą bóle. Obie pacyentki wskazywały wyraźnie umiejscowienie bólu w tej właśnie okolicy, gdzie znajdowała się nerka miednicza. W przydatkach macicy ze strony odpowiedniej nie znaleziono w czasie operacyi żadnych widocznych zmian anatomopatologicznych. Dla należytej oceny objawów podmiotowych należy jednak wziąć pod uwagę tę okoliczność, iż E. G. (przyp. 1-y) zaczęła doznawać boleści, według własnego jej zeznania, dopiero przed 2 laty, t. j. w 36-ym roku życia, druga zaś chora C. D. (przyp. 3-ci) w 23-im roku życia; u ostatniej zjawiały się bóle tylko w czasie

[1]) Według Ebsteina, Klebsa, Strubego, Zieglera i Ortha spostrzegano prawostronną dystopię nerki rzadziej, niż lewostronną. Według statystyki Stefanisa jednak bywa dystopia nerki u kobiet prawie jednakowo często jak z jednej, tak z drugiej strony. Stefanis opisał w 1894 r. dwa własne spostrzeżenia wrodzonej dystopii nerki (1 u mężczyzny i 1 u kobiety), a także zestawił z piśmiennictwa 70 przypadków. Płeć oznaczona w 53 przypadkach, pomiędzy którymi znaleziono dystopię nerki u mężczyzn 31 i u kobiet 22 razy; z prawej strony 10 u mężczyzn i 11 u kobiet; z lewej strony 21 u mężczyzn i 12 u kobiet.

miesiączkowania. Jeślibyśmy przypuszczali, że nerka miednicza była istotnie przyczyną dolegliwości stałych, lub okresowych, to byłoby wręcz niezrozumiałe tak późne zjawienie się ich; wszak wadliwe położenie nerki istniało jeszcze przed przyjściem na świat pacyentki; jakiegoś czynnika nowego, któryby mógł stać się powodem boleści, pochodzących ze strony nerki miedniczej, np. sprawy zapalnej, kamicy i t. d., nie znaleziono. Wobec takiego stanu rzeczy należy przyjść, zdaje się, do wniosku, że przyczyny dolegliwości u obydwóch pacyentek szukać należy nie w nerce miedniczej, lecz wyłącznie w nadczułości narządu rodnego, mianowicie jajników, pochodzenia zapalnego lub neuropatologicznego; nerki zaś w tych przypadkach możnaby oskarżać chyba w tem tylko, iż miały one, być może, wpływ pośredni na objawy bólu, wywierając pewien ucisk na jajniki schorzałe.

* * *

Nieprawidłowości rozwojowe nerek zdarzają się niezbyt rzadko, jak o tem świadczy znaczna liczba przypadków, ogłoszonych w piśmiennictwie [1]).

G. Strube dzieli wrodzone wady nerek na dwie grupy. Do pierwszej zalicza przypadki, w których jedna nerka znajduje się na miejscu zwykłem, lub też wcale nie istnieje, druga zaś leży nieprawidłowo. Druga grupa obejmuje przypadki, w których obie nerki są przemieszczone ku dołowi. W drugiej grupie rozróżnia Strube 2 kategorye; do pierwszej należą przypadki, w których znajdowano nerki oddzielnie położone, do drugiej — nerki zrośnięte. Zrośnięcie nerek może być częściowe — t. zw. nerka podkowiasta, lub też całkowite nakształt bochenka (Kuchenniere). W ostatnim przypadku łatwo mieć można wrażenie, że mamy do czynienia z jedną tylko nerką. Jako dowód, że ów organ składa się rzeczywiście z dwóch nerek zrośniętych, służy obecność dwóch oddzielnych, całkiem niezależnych od siebie moczowodów, łączących się z pęcherzem mo-

[1]) W piśmiennictwie polskiem znalazłem szereg przypadków zboczenia rozwojowego nerek, opisanych przez Birona, Bobrowskiego, Glińskiego, Grosglika i Oderfelda.

czowym z obu stron trójkąta Lieutauda na zwykłych miejscach.

Nieprawidłowości w położeniu nerek mogą podlegać rozmaitym odmianom. F. Stefanis rozróżnia 3 kategorye: Do pierwszej zalicza on przypadki, w których nerka pozostała na miejscu pierwotnego zawiązku, t. j. w jamie małej miednicy. Do drugiej kategoryi należą przypadki, w których znajduje się nerka bliżej linii pośrodkowej w okolicy lędźwiowej lub biodrowej, a więc w miejscu, w którem wstrzymane zostało—w okresie późniejszym rozwoju zarodkowego—prawidłowe przemieszczenie nerki ku górze. Trzecia kategorya obejmuje przypadki, w których znajdowano nerkę w miejscu całkiem nietypowem, dokąd nie mogłaby ona nigdy trafić wobec prawidłowego przemieszczenia w okresie rozwojowym. Do tej ostatniej kategoryi należą więc przypadki rzeczywistego zboczenia w położeniu nerki, nie będące w zależności od sprawy rozwojowej. Z zebranego przez się materyału (70 przypadków) zalicza Stefanis do pierwszej kategoryi 55 przypadków, do drugiej 11, i do trzeciej zaledwie 3 przypadki.

Zgodnie z powyższą klasyfikacyą należy pierwszy mój przypadek (E. G.) do drugiej, reszta zaś przypadków do 1-ej kategoryi.

W przypadkach dystopii wrodzonej różni się nerka nizko położona bardzo często od nerki prawidłowej pod względem kształtu, objętości, budowy i t. d. W większości przypadków bywa ona, jak twierdzą autorowie, zmniejszona; niekiedy, jednak, posiada znaczną objętość, szczególnie wobec braku lub zaniku drugiej nerki. Co do kształtu zewnętrznego bywa ona najczęściej owalna lub podługowata; niekiedy znajdywano kształty dziwaczne, np. w rodzaju trójkąta (Stefanis), asa kierowego (Gruber) i t. d. Bardzo często napotykano mniej lub więcej głębokie brózdy na powierzchni nerki, lub budowę płatowatą, przypominającą nerkę zarodkową. Wnęka nerki, nizko położonej, bywa zwykle zwrócona ku przodowi; w rzadkich przypadkach znajduje się na zwykłem miejscu; niekiedy zaś bywa zwrócona ku tyłowi, w górę lub w dół; w przypadku M. Browna znaleziono wnękę na tylnozewnętrznym brzegu nerki, z powodu przekręcenia narządu około osi pionowej. W nie-

których przypadkach nie znajdowano wcale wnęki typowej: moczowód i naczynia krwionośne wyłaniały się z rozmaitych miejsc nerki (Durham, Bobrowski, Stephana przypadek 1-y).

Gruczoł nadnerkowy nie bierze zwykle udziału w nieprawidłowem położeniu nerki, pozostaje on najczęściej na zwykłem miejscu; w razie, gdy znajdywano go nieco niżej, zależało to prawdopodobnie od braku oparcia z dołu (Stefanis). Moczowód, łączący się z nerką nizko położoną (w przypadku dystopii wrodzonej), jest znacznie skrócony [1]) zależnie oczywiście od zmniejszonej odległości pomiędzy nerką i pęcherzem moczowym. W układzie naczyniowym nerki, nizko położonej, spostrzegano dosyć często znaczne zmiany; liczba naczyń krwionośnych bywa zwykle zwiększona; niekiedy znajdowano 3, 4, a nawet 5 tętnic i tyleż żył nerkowych. Tętnice odchodzą zwykle z dolnego odcinka aorty, lub z dolnych jej gałęzi, znajdujących się w pobliżu nerki (art. iliaca communis, art. hypogastrica, art. cruralis). Żyły nerkowe wpadają do vena cava, lub do naczyń niżej leżących. O unerwieniu nerki miedniczej posiadamy mało wiadomości; w przypadkach, w których badany był układ nerwowy, odchodziły nerwy od najbliżej położonych węzłów lub pasm nerwu współczulnego (Stefanis).

Oprócz wymienionych tu zmian zaznaczyć należy, że w przypadkach dystopii wrodzonej bywa nerka zwykle mało ruchoma, nie usuwa się z łożyska swego, jak to widzimy w przypadkach nerki wędrującej, do jamy brzucha lub miednicy.

Wrodzony brak nerki [2]) napotykano rzadziej, niż nieprawidłowe położenie. Macdonald Brown znalazł na 12 tysięcy sekcyi, dokonanych w szpitalach londyńskich, zaledwie 3 razy brak jednej nerki; Morris na 13478 sekcyi — 4 razy. Ballowitz zebrał w 1895 r. z piśmiennictwa 210 przypadków, i dodał do nich 3 własne spostrzeżenia; Cadoré wyliczył w 1903 r. 283 przypadki. W piśmiennictwie z ostatnich 9 lat znalazłem opisy

---

[1]) W piśmiennictwie znalazłem jeden zaledwie przypadek Israela, cytowany przez Grosglika i Löwita, w którym moczowód nerki miedniczej nie był skrócony, ale w przebiegu tworzył łuki wężykowate.

[2]) Tutaj będzie mowa zawsze o braku jednej tylko nerki; brak obydwóch nerek, spostrzegany u potworów jednocześnie z brakiem innych narządów, nie wchodzi w zakres pracy niniejszej.

25 nowych spostrzeżeń, co wspólnie z mojem (O. M.) stanowi ogółem 309 ogłoszonych dotychczas przypadków wrodzonego braku jednej nerki. Obok braku nerki spostrzegano często także brak moczowodu z tejże strony. Nadnercze jednak w większości przypadków istniało na miejscu zwykłem, nie zmienione co do kształtu i objętości [1]). Według statystyki Ballowitza, u mężczyzn spostrzegano częściej brak lewej nerki; u kobiet zaś brakowała lewa lub prawa nerka mniej więcej w jednakowej liczbie przypadków.

Wrodzony zanik nerki spostrzegano niezmiernie rzadko. I. i P. Delmasowie cytują (w 1910 r.) w monografii swej, traktującej o wadach moczowodów, zaledwie 6 przypadków zaniku nerki. Znajdowano to cierpienie najczęściej na sekcyi bardzo młodych osobników; w jednym przypadku u 60 letniego mężczyzny [2]).

Wśród innych wad wrodzonych nerek wspomnieć należy o zwyrodnieniu torbielkowatem nerek, napotykanem przeważnie z obu stron. U noworodków widziano nieraz nerki zwyrodnione tak dużych wymiarów, iż stanowiły one poważne trudności mechaniczne podczas porodu [3]); w takich razach dzieci rodzą się zwykle nieżywe. U osobników, pozostających przy życiu, rozwija sie to cierpienie zwykle bardzo powoli; niekiedy pozostaje długie lata w stanie utajonym i w późniejszym dopiero wieku przybiera groźne wymiary. Według Siebera [4]), podlegają temu cierpieniu częściej kobiety, niż mężczyźni (na 198 przypadków — 116 kobiet i 82 mężczyzn). Torbielkowatość nerki bywa dosyć często powikłana zwyrodnieniem torbielkowatem wątroby (według Lejarsa [5]) na 62 przypadki 17 razy); w rzadkich przypadkach znajdywano jednocześnie takież zwy-

---

[1]) Brak nadnercza obok braku nerki spostrzegali Bolaffio i Hoenigsberg; ostatni autor nie wyłącza jednak w swym przypadku możliwości znalezienia resztek nadnercza za pomocą badania drobnowidzowego.

[2]) We wstępie pracy niniejszej (Przegląd Chir. i Gin. 1912. T. VI, z. II, str. 155) wspomniałem o spostrzeganym przezemnie przypadku wrodzonego zaniku nerki, jakkolwiek rozpoznania klinicznego nie miałem możności potwierdzić badaniem anatomopatologicznem.

[3]) Olshausen i Veit. Lehrbuch der Geburtshulfe. 1899. Str. 734 i 735.

[4]) Ueber Cystennieren bei Erwachsenen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1905.

[5]) Du gros rein polykystique de l'adulte. Thèse. 1888.

rodnienie moczowodów, pęcherza moczowego, jajników, macicy, śledziony i trzustki [1]).

Patogeneza wad wrodzonych nerek nie jest wyjaśniona. Trudno oryentować się w tej sprawie z tego powodu, iż tu odgrywają rolę czynniki przeważnie w bardzo wczesnym okresie rozwcjowym, o którym wogóle zbyt mało jeszcze posiadamy wiadomości. Zawiązek nerek stałych ujawnia się, jak wiadomo, na początku czwartego tygodnia. Miedniczki nerek, kielichy i kanaliki zbiorowe tworzą się, według teoryi, dziś ogólnie przyjętej, z rozszerzonego ślepego końca moczowodu; kłębki nerkowe — z kanalików ciała Wolffa. Pierwotnie leżą obie nerki obok siebie — przed tętnicą główną, w miejscu jej rozgałęzienia, i stykają się ze sobą na linii pośrodkowej. Po pewnym czasie oddalają się od siebie na prawo i na lewo, a jednocześnie przemieszczają się ku tyłowi oraz ku górnemu (czaszkowemu) biegunowi zarodka. W miarę, jak zbliżają się nerki do ściany grzbietowej zarodka, rozszerza się jednocześnie jama Douglasa. W dalszym ciągu przemieszczają się nerki przeważnie tylko ku górze, aż dosięgną właściwego poziomu pomiędzy 11-m żebrem i 3-m kręgiem lędźwiowym. Droga, którą przebyły nerki, zaznacza się topograficznem położeniem moczowodów. Sprawa prawidłowego przemieszczenia nerek jest zakończona u zarodka długości 26—28 milimetrów, co odpowiada końcowi drugiego miesiąca; w tym okresie posiadają nerki kształt bobu długości 2 — $2^1/_2$ mm., i składają się z płatów, oddzielonych głębokiemi brózdami.

Pochodzenie zboczeń rozwojowych przypisują najczęściej nieprawidłowemu zawiązkowi materyału zarodkowego, niekiedy zaś wpływowi sprawy zapalnej, lub też czynników mechanicznych. Niektórzy autorowie poszukują przyczyny zboczeń w odziedziczonem po rodzicach cierpieniu konstytucyjnem. Wspomniane czynniki mogą, niewątpliwie, odgrywać rolę w patogenezie wad rozwojowych, a jednak, gdy chodzi o ścisłe wyjaśnienie, jaka mianowicie przyczyna istniała w przypadku, o którym jest mowa, najczęściej nie posiadamy żadnych zgoła przekonywających dowodów na poparcie tej, lub owej teoryi. Nie znamy

---

[1]) W. Towbin. Protokóły kijowskiego Tow. chirurg 1910.

np. wcale przyczyny zboczenia w położeniu nerki. Najłatwiej byłoby, jak się zdaje, wytłómaczyć to zjawisko, jako wynik zapalenia. Wszak może sprawa zapalna, rozwijająca się w okolicy nerki, wytworzyć zrosty z narządami otaczającymi, i w ten sposób umocować narząd bądź na miejscu pierwotnego zawiązku jego, t. j. w małej miednicy, bądź też wyżej zależnie od okresu przemieszczenia zarodkowego. A jednak takie tłómaczenie sprawy posiada zbyt mało cech prawdopodobieństwa; wiadomo bowiem, iż nerka niżej położona przedstawia w przeważającej liczbie przypadków wyraźne oznaki niedorozwoju, co już niepodobna wytłómaczyć zapaleniem; przypuszczenie zaś co do wpływu sprawy zapalnej na nieprawidłowe położenie nerki mogłoby być usprawiedliwione w takim tylko razie, gdyby udowodniono w poszczególnych przypadkach dystopii istnienie tkanki bliznowej, lub zrostów w okolicy nerki. O tem jednak autorowie nie wspominają; w przypadkach, przezemnie opisanych, również nie znaleziono ani razu blizn, ani zrostów.

Wrodzony brak nerki i moczowodu może być spowodowany brakiem materyału zarodkowego, lub też zanikiem przewodu Wolffa w okresie bardzo wczesnym.

Wrodzony zanik nerki tłómaczą, jako wynik sprawy zapalnej w późniejszym okresie zarodkowym, gdy rozwój nerki był już zakończony. Moczowód zwykle istnieje; niekiedy znajdowano go drożnym, jak to spostrzegał Ménétrier; częściej jednak bywa obok zaniku wrodzonego nerki także zanik moczowodu częściowy w górnym, nerkowym odcinku, lub całkowity — w postaci powrózka włóknistego.

* *
*

Oddawna znany jest fakt, iż obok wady wrodzonej nerek bywa dosyć często zboczenie w rozwoju układu rodnego. Według Ballowitza, spostrzegano tego rodzaju powikłania częściej u kobiet, niż u mężczyzn: na 71 kobiet z wadą wrodzoną nerek notowano nieprawidłowości układu rodnego 41 razy, na 113 mężczyzn zaledwie 28 razy. Nieprawidłowości układu rodnego znajdowano zwykle na tej stronie, gdzie była wada rozwojowa nerki, lub brak zupełny tego organu. Najczęściej ulegają zbo-

czeniu rozwojowemu narządy wywodzące, znacznie rzadziej — gruczoły płciowe (jajniki, jądra). Bardzo rzadko napotykano niedorozwój całego układu rodnego, i to prawie wyłącznie u kobiet (Ballowitz).

Kazuistyka wad rozwojowych narządu moczowopłciowego u kobiet jest niezmiernie interesująca. Rosthorn zestawił z piśmiennictwa 79 przypadków macicy jednorożnej, wśród których zanotowano 76 razy wadę rozwojową nerek: brak zupełny nerki, dystopię, szczątkowy rozwój nerki. Według badań Bolaffia—wikłają się przypadki zupełnego braku nerki częściej, niż inne wady wrodzone nerek, zboczeniem rozwojowem układu rodnego (72 przypadki z pomiędzy 99); w drugim rzędzie odgrywa poważną rolę pod względem częstości powikłań—wrodzona dystopia nerki (31 przyp.).

Bolaffio zwrócił także uwagę na tę okoliczność, iż niektórym odmianom niedorozwoju macicy towarzyszą przeważnie pewne postacie nieprawidłowości rozwojowych nerek. A mianowicie:

w przypadkach macicy jednorożnej, bez dodatkowego rogu, znajdowano prawie zawsze zupełny brak jednej nerki i moczowodu;

w przypadkach macicy jednorożnej, posiadającej róg dodatkowy, oraz w przypadkach macicy dwurożnej notowano najczęściej brak nerki; niezbyt rzadko jednak znajdowano dystopię, lub szczątkowy rozwój nerki;

odwrotnie zaś, w przypadkach macicy o rozwoju szczątkowym bywa najczęściej dystopia nerki; brak nerki spostrzegano rzadko.

W szeregu przypadków macicy jednorożnej, a także szczątkowej, znajdowano na jednej stronie zupełny brak nerki, a na drugiej — dystopię.

Dla wyjaśnienia stosunku wzajemnego pomiędzy wadami rozwojowemi narządów moczowych i rodnych należy, według Bolaffia, wziąć pod uwagę następujące ewentualności: wady obu układów pochodzić mogą niezależnie jedna od drugiej, wskutek jakiejś ogólnej przyczyny, lub też powinny być uzależnione od nieprawidłowego stosunku wzajemnego, uwarunkowanego zboczeniem rozwojowem pierwotnego narządu moczo-

wego w pierwszym miesiącu życia zarodkowego. Na korzyść tej drugiej ewentualności wypowiedział się znacznie wcześniej Daniel. Autor ten przypuszcza istnienie związku przyczynowego pomiędzy wadami obu układów. Według jego teoryi, może nerka, pozostająca stale w miejscu pierwotnego zawiązku, przeszkodzić w sposób mechaniczny prawidłowemu rozwojowi nici Müllera. Teoryi tej nie przeczą bynajmniej wyniki najnowszych badań. Statystyka Bolaffia (1911 r.) stwierdza co następuje:

w przypadkach nerki miedniczej na jednej i nerki prawidłowej na drugiej stronie spostrzegano prawie jednakowo często bądź zanik obustronny nici Müllera, bądź zanik tejże jednostronny, ale zawsze na stronie, gdzie znajdowała się nerka miednicza;

w przypadkach nerki miedniczej na jednej stronie, i braku nerki na drugiej stronie napotykano zwykle obustronny zanik nici Müllera, i wreszcie

w przypadkach nerki miedniczej z obu stron znajdowano zawsze obustronny zanik nici Müllera.

* *
*

Przejdźmy teraz do rozbioru moich dwóch przypadków, w których wada nerek powikłana była nieprawidłowym rozwojem oraz brakiem wewnętrznych narządów rodnych.

U pacyentki C. D. (przyp. 3-ci) znaleziono podczas operacyi, oprócz dystopii nerki prawej, niedorozwój obu jajowodów; miały one przebieg wybitnie wężykowaty, przypominający wygląd jajowodów w okresie zarodkowym. Zgodnie z teoryą Daniela, możemy tłómaczyć to zjawisko w ten sposób, że nerka, pozostawszy w miejscu pierwotnego zawiązku, t. j. w małej miednicy, wywierała pewien ucisk na przednią część nici Müllera, i że skutkiem tego został wstrzymany rozwój moczowodów, prawdopodobnie — w późniejszym okresie życia zarodkowego.

U O. M. (przyp. 4-y) stwierdzono obok dystopii prawej nerki i zupełnego braku nerki i moczowodu z lewej strony — brak macicy, jajowodów i pochwy. Jajniki również nie były znalezione. Nieznalezienie jajników podczas operacyi nie do-

wodzi jeszcze zupełnego ich braku [1]); mogły one znajdować się w miejscu niedostępnem dla wzroku; być może też—rzeczywiście nie było jednego jajnika (lewego?) [2]); trudno jednak przypuszczać, by w ustroju o tak wybitnych cechach typu kobiecego nie istniały wcale gruczoły płciowe.

Brak lewej nerki i moczowodu oraz brak w pęcherzu moczowym obrysów lewej części trójkąta Lieutauda świadczyły o braku lewego przewodu Wolffa, lub zaniku tegoż w bardzo wczesnym okresie rozwojowym. Z prawej strony znaleziono w małej miednicy nerkę o dużych wymiarach; co do kształtu przypominała ona nerkę podkowiastą, mianowicie taką postać, jaką widzi się w razie zrośnięcia się dolnych biegunów nerek. Czy w tym przypadku mieliśmy do czynienia z jedną tylko miedniczką nerkową, czy też, być może, z dwiema oddzielnemi miedniczkami i dwoma moczowodami, które w pewnem oddaleniu od nerki łączyły się w jeden przewód wspólny (uretère en Y), nie udało się wyjaśnić, ponieważ podczas operacyi nie była obnażona cała wnęka nerki.

Co się tyczy braku wewnętrznych narządów rodnych (macicy, jajowodów i pochwy), należy przypuszczać, iż był on uwarunkowany wyżej opisaną wadą rozwojową układu moczowego. Jak wiadomo, nerki dochodzą do zupełnego rozwoju znacznie wcześniej, niż wewnętrzne narządy rodne. Gdy u zarodka, mającego 11,5 mm. długości, zaczynają tworzyć się kanaliki zbiorowe nerek, nici Müllera nie opuszczają się jeszcze ku dołowi, nie sięgają one poziomu, odpowiadającego środkowej części

[1]) Nieznalezienie jajników w miejscu właściwem można tłómaczyć niedojściem do skutku descensus ovariorum. A. Nowikow, opisując przebieg operacyi w przypadku podobnym, zaznacza, iż nie mógł narazie dojrzeć jajników; dopiero później po dokładnem zbadaniu pola operacyjnego znalazł je przy ścianach bocznych dużej miednicy. W przypadku Hönigsberga (preparat, pochodzący od 18-letniej dziewczyny: macica jednorożna, brak lewej nerki, moczowodu i nadnercza) znajdował się jajnik w dole biodrowym; w przypadkach Winckela i Ballowitza znaleziono jajniki w dużej miednicy i w okolicy lędźwiowej; Löwit widział jajnik umocowany „bardzo wysoko nad wejściem do miednicy"; Luton znalazł go przy otworze brzusznym kanału pachwinowego: Maughan — w okolicy grzebienia kości biodrowej.
e

[2]) Buss opisał 1 przypadek, w którym ni było wcale jajnika na stronie wrodzonego braku nerki; Ballowitz zebrał z piśmiennictwa 3 przypadki tego rodzaju.

ciała Wolffa. U zarodka, mającego długości 12—13 mm. (w 5-m tygodniu), gdy nerki zaczynają przemieszczać się ku górze, i moczowody łączą się z kanałem moczowopłciowym, nici Müllera opuszczają się dopiero nieco niżej środkowej części ciała Wolffa. W warunkach prawidłowych następuje w tym okresie krzyżowanie się nerki z nicią Müllera: nerka przemieszcza się coraz wyżej — w kierunku czaszkowego bieguna zarodka, nić zaś Müllera opuszcza się ku dołowi—dążąc ku zatoce moczowopłciowej. W końcu drugiego miesiąca, gdy ostateczny rozwój nerek jest prawie ukończony, nici Müllera pozostają jeszcze w odosobnieniu. Łączenie się tylnych części nici Müllera, z których mają wytworzyć się macica i pochwa, rozpoczyna się w końcu trzeciego i dokonywa się ostatecznie w końcu czwartego miesiąca. Połączenie nici Müllera z zatoką moczowopłciową dochodzi do skutku dopiero w końcu piątego miesiąca.

Gdy nerka — z powodów dotychczas nieznanych — nie odbywa zwykłej wędrówki w kierunku ku biegunowi czaszkowemu zarodka, lecz pozostaje w miejscu pierwotnego zawiązku, może ona, według zdania Daniela, zagrodzić drogę nici Müllera, dążącej ku dołowi. Pomiędzy narządami wynika walka, która kończy się zwycięstwem nerki dzięki temu, iż narząd ten, rozwijający się znacznie wcześniej, większą posiada zdolność do życia; nić Müllera ulega częściowemu, lub całkowitemu zanikowi. W zależności od warunków topograficznych, w jakich znajduje się nerka miednicza, mogą ucierpieć jedna lub nawet obie nici Müllera; stąd pochodzą, według teoryi Daniela, jedno—lub obustronne zboczenia rozwojowe wewnętrznych narządów rodnych, a niekiedy brak ich zupełny.

W przypadku moim uległy, oczywiście, obie nici Müllera całkowitemu zanikowi w okresie bardzo wczesnym, skutkiem czego brakło materyału zarodkowego dla wytworzenia macicy, jajowodów i pochwy.

* * *

Rozpoznawanie wrodzonej wady położenia nerki. W przypadkach wrodzonej wady położenia nerki stwierdzamy badaniem dwuręcznem „guz“ w miednicy, lub w dolnej okolicy lędźwiowej. Najczęściej mieści się on poza macicą, lub w okolicy

przydatków z prawej lub lewej strony; oczywiście, nie łączy się on nigdy ściśle z narządami rodnymi. Guz jest zwykle małoruchomy lub wcale nieruchomy [1]); innych objawów swoistych nie posiada. Pod względem rozpoznawania różniczkowego nie mają szczególnego znaczenia ani objętość guza, ani kształt jego, ani też spójność. Gdyby w wyjątkowo pomyślnych warunkach badania u osoby chudej, o bardzo podatnej ścianie brzusznej, udało się stwierdzić budowę płatowatą guza, a nawet zagłębienie na powierzchni jego, przypominające wnękę nerki z naczyniami tętniącemi, to w takim nawet razie nie możemy twierdzić stanowczo, że mamy do czynienia z dystopią nerki; doświadczenie kliniczne wykazuje, że za pomocą badania dwuręcznego w przeważającej liczbie przypadków niepodobna odróżnić nerki od guza macicy, lub przydatków [2]). Wobec tego powinniśmy — w celu rozpoznawczym — uciekać się możliwie często do sposobów badania urologicznego. Ponieważ zaś błędy w rozpoznawaniu guzów nieraz zdarzają się, gdy lekarz najmniej się tego spodziewa, należy, mojem zdaniem, stosować się ściśle do następującego prawidła:

W każdym przypadku, gdy mamy do czynienia z guzem [3]) nieruchomym, lub mało ruchomym w miednicy lub dolnej okolicy lędźwiowej — wykonać cewnikowanie moczowodów w celu dokładnego określenia ich długości; w przypadkach niejasnych lub powikłanych — stosować, oprócz tego, badanie za pomocą

---

[1]) Wyjątkowo rzadko znajdowano nerkę miedniczą całkiem ruchomą; w piśmiennictwie posiadamy opisy dwóch przypadków tego rodzaju (Gruber, Kroemer).

[2]) Wrodzona dystopia nerki może naśladować torbiel jajnika (moje 4 przypadki, przypadki Löwita, Eisenhardta, Straetera, Schauty, Vehmera, Gajczmana i wielu innych), mięśniak (Hochenegg), hydrosalpinx (Orth), haematosalpinx (Daniel), haematometra (Buss), parametritis postica (Stephan); w niektórych przypadkach podejrzywano nowotwór złośliwy (Israel, Engstroem), zapalenie wyrostka robaczkowego (Newman, v. Stockum) i t. d. Znane są przypadki, w których nerkę miedniczą, nierozpoznaną nawet po otwarciu jamy brzusznej, usuwano całkiem z ustroju. Liczba prawidłowo rozpoznanych przypadków bez zabiegu operacyjnego jest nader szczupła (przypadki Müllerheima, Daniela, Albrechta, Richtera i Stephana). Tu podejrzywano po większej części już a priori dystopię nerki wobec istnienia wady rozwojowej układu rodnego.

[3]) Rozumie się samo przez się, iż nie mam tu na myśli guzów pochodzenia zapalnego, ani też nowotworów, o których napewno wiadomo, że zjawiły się one za życia.

promieni Röntgena. W razie stwierdzenia wady rozwojowej układu rodnego, badanie wewnętrznych narządów moczowych powinno być obowiązkowe nawet wobec znalezienia guza całkiem ruchomego.

Tylko za pomocą określenia długości moczowodów i rentgenografii możliwe jest rozpoznawanie, lub też wyłączenie wrodzonej dystopii nerki [1]).

Znaczne skrócenie moczowodu dowodzi bezwarunkowo wrodzonej dystopii nerki.

W przypadku nabytego przemieszczenia nerki, t. zw. nerki wędrującej, może być moczowód kolankowato zagięty i wskutek tego niedrożny dla cewnika (na miejscu zgięcia); skrócenia moczowodu nigdy jednak nie bywa. Nerka wędrująca jest przytem ruchoma; daje się zwykle z łatwością odprowadzić ku górze na miejsce właściwe; jednocześnie bywa często ogólne opadnięcie trzew; niekiedy można zauważyć na stronie nerki wędrującej wklęsłość w okolicy lędźwiowej (Klebs), czego zwykle nie spostrzegano w przypadkach dystopii wrodzonej.

W celu różniczkowego rozpoznania istoty guzów jamy brzusznej, gdy podejrzywa się obecność nerki, stosują do niedawna sposób badania, polegający na systematycznym ucisku guza. Ucisk wywiera się za pomocą lekkich ruchów ręki — w rodzaju mięsienia — w ciągu 1 — 2 minut [2]). Jeśli mamy do czynienia z nerką, zdolną do wydzielania moczu, otrzymujemy pod wpływem tego rękoczynu zmianę w składzie moczu; zjawia się w nim białko. Zjawisko to, zwane „białkomoczem uciskowym“ (albuminuria palpatoria), zauważył najpierw Menge. Schreiber zastosował sposób powyższy w celu rozpoznawania różniczkowego guzów jamy brzusznej. Edward Żebrowski (docent uniwers. kijowskiego) potwierdził wartość tego sposobu badania za pomocą licznych doświadczeń nad chorymi i zdrowymi ludźmi, oraz nad zwierzętami.

Sposób powyższy może być stosowany także w razie

[1]) Mullerheim rozpoznał w 1898 r. nerkę miedniczą po raz pierwszy za pomocą cewnikowania moczowodów; moczowód prawy, łączący się z nerką miedniczą, był o 10 cm. krótszy, niż lewy.

[2]) Technikę uciskania nerki dokładnie opisali I. Schreiber i E. Żebrowski.

przypuszczenia wrodzonej dystopii nerki, szczególnie jeśli z jakiego bądź powodu nie można wykonać cewnikowania moczowodów. W razie wyniku dodatniego, t. j. gdy białkomocz zjawia się rychło, nie później niż w 15 minut od chwili rozpoczęcia ucisku guza, rozpoznanie nerki nie ulega wątpliwości. W przeciwnym atoli przypadku, t. j. gdy skład moczu pozostał bez zmiany, niepodobna wyłączyć na pewno obecności nerki; brak wyniku dodatniego może być uwarunkowany zmianą chorobową miąższu nerki, lub też zbyt słabym odczynem ze strony organu moczowego, np. gdy jest on mało dostępny dla ucisku, lub gdy pacyent silnie reaguje na ucisk i przeszkadza dokładnemu wykonaniu rękoczynu.

Leczenie wad wrodzonych nerek. Wady wrodzone nerek wymagają rzadko zabiegów leczniczych, ponieważ nie dają zwykle — u osobników zdolnych do życia — żadnych objawów ani miejscowych, ani ogólnych. W przypadkach zaniku, lub zupełnego braku jednej nerki powiększa się objętość, a zarówno także zdolność czynnościowa drugiej nerki; spełnia ona swe zadanie w sposób zupełnie zadowalający; ilość i skład moczu pozostają prawidłowe, jak gdyby istniały obydwie zdrowe nerki. W razie rozpoznania jednej z wad powyższych zadanie lekarza polega na tem, by za pomocą zabiegów hygienicznodyetetycznych ochraniać jedyną istniejącą w ustroju nerkę od schorzenia.

W przypadkach dystopii nerki jedno — lub obustronnej, jak również zrośnięcia nerek także nie bywa zwykle objawów podmiotowych, któreby zwracały uwagę lekarza lub pacyentki na nieprawidłowe położenie narządów moczowych. Zdarza się jednak niekiedy, iż nerka nizko położona, szczególnie gdy jest dużych wymiarów, wywiera ucisk na narządy, leżące w najbliższem jej otoczeniu (macicę, jajniki, pęcherz moczowy, odbytnicę, naczynia krwionośne, nerwy), i staje się przyczyną bólów, lub zaburzeń czynnościowych. W takich przypadkach zmuszeni jesteśmy stosować zabiegi lecznicze. Leczenie możliwe jest tylko chirurgiczne. O przemieszczeniu nerki miedniczej w okolicę podżebrową i umocowaniu w miejscu właściwem nie może być — oczywiście — mowy z powodu nizkiego położenia naczyń nerkowych i zbyt krótkiego moczowodu. Nie należy jednak

zaniechać zabiegu chirurgicznego, jeśli stan chorej tego koniecznie wymaga, w celu chociażby niewielkiego przemieszczenia nerki, o ile warunki miejscowe na to pozwalają, ku górze lub w stronę i umocowania jej w pewnem oddaleniu od narządu, ulegającego uciskowi. Operacye tego rodzaju wykonywano nieraz z wynikiem dodatnim. W przypadku, opisanym przez A. Gubarewa, nerka była umieszczona na linii bezimiennej z lewej strony, naśladując guz przydatków macicy. Gubarew przemieścił nerkę nieco wyżej, i umocował ją za pomocą szwów. Straeter i Vehmer operowali nerkę miedniczą z powodu silnych bólów w okresach miesiączkowania. W przypadku Straetera mieściła się nerka dużych wymiarów pomiędzy listkami prawego więzadła szerokiego; operujący przemieścił nerkę pod otrzewną w okolicę krętniczokątniczą, i tam ją umocował; operowana pozbyła się całkiem bólów, które przedtem miewała. W przypadku Vehmera została nerka wycięta jednocześnie z przydatkami macicy; pacyentka wyzdrowiała; bóle ustały zupełnie. W przypadku Hochenegga wywierała nerka miednicza ucisk na odbytnicę, skutkiem czego miewała chora uporczywe zaparcie stolca; podczas operacyi nie rozpoznano na razie nerki; musiano ją wyciąć z powodu uszkodzenia tętnicy nerkowej.

W piśmiennictwie polskiem posiadamy opis przypadku, operowanego przez S. Grosglika. Nerka miednicza została usunięta z powodu kamienia i nowotworu, który okazał się typowym nadnerczakiem.

Wskazanie do wycięcia nerki nizko położonej mogą stanowić jedynie stany chorobowe tego organu, ale bynajmniej nie dystopia sama przez się. W razie dotkliwych bólów w narządzie rodnym, spowodowanych uciskiem nerki miedniczej, i niemożności przemieszczenia jej za pomocą zabiegu chirurgicznego wydaje mi się bardziej celowem przynieść w ofierze nietylko przydatki macicy, ulegające uciskowi, lecz — w razie konieczności — nawet macicę, niż decydować się na usunięcie z ustroju tak ważnego narządu, jak nerka.

W razie stwierdzenia nerki miedniczej u ciężarnej należy użyć wszelkich możliwych sposobów, by zabezpieczyć nerkę od urazu, któremu może ona uledz podczas porodu. Naturalnie, mowy być nie może o tem, by wolno było wyciąć zdrową ner-

kę miedniczą w celu poprowadzenia porodu drogą naturalną. Jeśli nerka zmniejsza w znacznym stopniu wymiary miednicy, mamy prawo i obowiązek stosować zabiegi, zabezpieczające pacyentkę od zapłodnienia, a gdy ta nastąpi, wykonać poronienie. Jeśli zaś pacyentka pragnie mieć potomstwo bez względu na mogące jej grozić poważne powikłania podczas porodu, obowiązani jesteśmy być przygotowani w razie potrzeby wykonać w czasie właściwym cięcie cesarskie. Niekiedy wszakże odbywa się poród, pomimo warunków na pozór niepomyślnych, zupełnie prawidłowo i bez uszkodzenia nerki, jak to np. miało miejsce w moim drugim przypadku.

Nerka podkowiasta podlegała niejednokrotnie zabiegom operacyjnym. A. Martinow operował 49-cio letnią kobietę z powodu silnych bólów brzucha, wywoływanych, jak się okazało, uciskiem nerki podkowiastej na aortę i splot współczulny. Operujący przeciął pomiędzy dwoma miękkiemi uciskadłami mostek, łączący obie połowy narządu. Nerki w oka mgnieniu rozłączyły się i tętnica została uwolniona od ucisku. Operowana wyzdrowiała; bóle ustąpiły całkowicie. Takąż operacyę wykonał Rovsing z wynikiem równie pomyślnym. Martinow nadmienia o dwóch znanych mu przypadkach nerki podkowiastej, operowanych przez Olivera i Sturmdorfa, z których pierwszy ograniczył się do usunięcia zrostów w okolicy nerki, drugi zaś umocował jedną połowę nerki podkowiastej za pomocą szwów. Rumpel opisał dokonane przez się wycięcie połowy nerki podkowiastej z powodu kamieni i wodonercza; po operacyi nastąpiło wyzdrowienie bez żadnych powikań.

W przypadkach zwyrodnienia torbielkowatego nerki dokonywano niejednokrotnie wycięcia nerki. Operacye dawały bardzo duży odsetek śmiertelności (przeszło 30%) wskutek tego, iż cierpienie nerek bywa najczęściej obustronne. Wielu autorów jest zdania, że w przypadkach zwyrodnienia torbielkowatego wycięcie nerki wykonywać należy tylko jako ultimum refugium, gdy zabiegi chirurgiczne zachowawcze nie prowadzą do celu.

* *
*

Epikryza.

Nie ulega wątpliwości, że wady rozwojowe nerek (dystopia i brak nerki), znalezione wypadkowo podczas operacyi opisanych na początku tego rozdziału, mogły być najdokładniej rozpoznane za pomocą wziernika pęcherzowego i cewnikowania moczowodów. Gdybyśmy te sposoby badania zastosowali w czasie właściwym, t. j. przed zabiegiem chirurgicznym, uniknęłyby niezawodnie trzy pacyentki nasze, z pomiędzy czterech, bądź co bądź poważnej operacyi. Przeglądając opisy analogicznych postaci wad nerkowych w piśmiennictwie, widzieliśmy, iż zwykle nie były one rozpoznawane również przez innych autorów z powodów, o których wspominaliśmy. W praktyce ginekologicznej zdarzały się mylne rozpoznawania najczęściej w przypadkach dystopii; nerkę nizko położoną rozpoznawano zwykle jako guz, pochodzący z narządu rodnego; chore ulegały bez żadnej potrzeby zabiegom chirurgicznym, które nieraz kończyły się ciężkiem uszkodzeniem nerki, a niekiedy nawet zejściem śmiertelnem operowanej.

Fakty powyższe zasługują na to, by poważnie zastanowić się nad nimi!

Ponieważ mamy obecnie możność rozpoznawania ważniejszych postaci wad rozwojowych nerek, chodzi więc przedewszystkiem o to, by nie zaniedbywać badania wewnętrznych narządów moczowych. W jakich mianowicie przypadkach należy je badać, by podczas operacyi nie być zaskoczonym przez jakąś wadę rozwojową nerek? Na to pytanie odpowiedź brzmi tak: Wobec tego, że nigdy nie jesteśmy w stanie przewidzieć z góry, czy nie napotkamy zboczenia rozwojowego nerki, należy wykonywać możliwie często badania za pomocą wziernika pęcherzowego i cewnikowania moczowodów; obowiązkowo stosować należy wszelkie znane nam sposoby badania narządu moczowego: 1) w przypadkach, gdy wskazane są zabiegi chirurgiczne na nerkach, miedniczkach nerkowych, lub moczowodach; 2) w przypadkach guza nieruchomego lub małoruchomego w miednicy, lub okolicy lędźwiowej i 3) w każdym bez wyjątku przypadku nieprawidłowości rozwojowej układu rodnego.

Mogą być, naturalnie, oprócz wymienionych postulatów inne jeszcze wskazania dla ścisłego badania narządu moczowego; o nich nie wspominam, ponieważ nie mają one związku z tematem pracy niniejszej. Pragnąłbym jednak zaznaczyć ogólnikowo, że w przypadkach, wymagających zabiegu chirurgicznego, gdy przewiduje się znaczne trudności techniczne, przezorność nakazuje nie przystępować do operacyi w jamie brzusznej bez poprzedniego zoryentowania się pod względem położenia topograficznego wewnętrznych narządów moczowych, oraz dokładnego wyjaśnienia zdolności czynnościowej każdej nerki z osobna.

W odczycie moim: „O znaczeniu cystoskopii w ginekologii“, wygłoszonym w styczniu 1903 r. na zebraniu kijowskiego Towarzystwa położniczoginekologicznego, zestawiłem szereg faktów, wykazujących znaczny postęp w sprawie rozpoznawania i leczenia niektórych chorób ginekologicznych dzięki zastosowaniu wziernika pęcherzowego. Wówczas wypowiedziałem przekonanie, że w niedalekiej przyszłości wziernik pęcherzowy zostanie zaliczony do narzędzi, niezbędnych w praktyce ginekologicznej. Jednym dowodem więcej, stwierdzającym konieczność częstego stosowania wziernika w ginekologii, służyć może treść pracy niniejszej [1]).

PIŚMIENNICTWO.

1. Abrażanow. K uczeniu o smieszczennoj poczkie i k kazuistikie porażenia jeja kamiennoj boleznju. Chirurgia. 1902. T. XI.
2. Albarran. A propos d'un cas de rein en ectopie croisée. Annales des mal. des org. gen.-urin. 1908. № 21.
3. Albers-Schönberg. Ein Fall von Uterusruptur bei congenit. Dystopie der linken Niere als Geburtshinderniss. Zentralbl. f. Gyn. 1894. № 48.

[1]) Nowe podręczniki ginekologii poświęcają dużo miejsca nowoczesnym sposobom badania narządu moczowego. Specyalne podręczniki urologii ginekologicznej wydali Stoeckel (Die Cystoskopie des Gynäkologen. 1908). Od r. 1908 wychodzi specyalne pismo: Zeitschrift für gynäkologische Urologie pod red. prof. W. Stoeckela.

4. Albrecht. Ueber kongenitale Nierendystopie. Verhand. d. deutschen Gesellschaft f. Urologie. 1907. Zentralbl. für Urologie. 1908. z. 2.
5. Albrecht. Ueber kongenitale Nierendystopie. Zentralbl. f. Gyn. 1912. № 5.
6. Alezais. Le rein en fer à cheval et les anomalies des artères rénales. Comptes rendus de la Soc. de biologie. 1906.
7. Alglave. Malformations congénitales. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1905, str. 652.
8. Alglave. Ectopie pelvienne congén. du rein droit avec inversion des organes du bassinet. Tamże. 1907. № 7.
9. Alsberg. Deutsche med. Wochenschrift. 1895. T. 21, str. 95.
10. Anders I. Congenital single kidney with the report of a case i t. d. American journal of the medical sciences. 1910. Marzec.
11. Antonelli. Contributo allo studio anatomico e clinico della ectopie renali. Gazz. med. lombarda. 1902. №№ 49—52.
12. Apert. Rein en ectopie pelvienne congénitale; poumon à 4 lobes. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1908, str. 154.
13. Baldwin. Three cases of kidney cysts. Americ. journal of obstetr. T. 40.
14. Balika. Fall v. sacraler Niere. Zentralbl. f. Gyn. 1905. № 16.
15. Ballowitz E. Ueber angeborenen, einseitigen, vollkommenen Nierenmangel. Virch. Archiv. 1895. 141.
16. Bauer. Absence congénitale du rein, de l'urètre et de la vesicule séminale gauches. Mém. et bull. de la Soc. anat de Paris. 1901. № 5.
17. Becker. Ueber seltene Verlagerung d. Niere und dadurch bedingte Gesundheitsstörung. Dissert. Kiel. 1898.
18. Bérard. Hydronephrose fermée dans un rein en ectopie lumboiliaque. Nephrectomie transpéritoneale avec cloisonnement du peritoine. Revue de Chir. 1901. T. 2, str. 111.
19. Besançon. Bull. et mém. de la Soc. anat de Paris. 1889. Str. 347.
20. v. Bielka. Ein Fall v. linksseitiger Doppelniere. Virch. Archiv. T. 152.
21. Birch-Hirschfeld. Lehrbuch d. pathol. Anatomie. 1885. T. II, str. 667.
22. Biron Z. Kilka słów o znaczeniu klinicznem nerki podkowiastej. Przegląd Lekarski. 1907. Str. 662.
23. Bissel Dougal. The pelvic kidney. Americ. journal of obstetr. 1911. Październik.
24. Bobrowski E. Zboczenie w położeniu nerki. Przegląd Lekarski. 1897. № 1.
25. Boinet M. Archives generales de médecine. 2-e série. T. VII. 1835, str. 233.
26. Boix. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1887. Str. 507.
27. Bolaffio M. Zur Kenntnis der kombinirten Missbildungen des Harn- u. Geschlechtsapparates beim Weibe. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1911. T. 68, z. 2.
28. Boyd. Medico-chirurg. Transactions. London. 1841. Str. 187.
29. Brackenburg. Lancet. 1891. T. 2, str. 869.
30. Braun. Ueber Nierenexstirpation. Deutsche med. Wochenschr. 1881.
31. Brigidi. Intorno ad un caso raro di ectopia renale. Le sperimenatale. 1880. T. 45.

32. Broesike. Ein Fall v. kongenitaler S — förmiger Verwachsung beider Nieren. Virch. Archiv. 1898.
33. Brooks. A case of congenital renal malposition with anomalous arterial. New York Pathol. Soc. Medical record. 1900.
34. Brown M. Journal of anat. and physiol London. 1893—1894. T. 28.
35. Bruncher. Un cas de rein en fer à cheval. Annales des mal. des organes gén.-urin. 1904. Październik.
36. Mc. Burney. Nephrectomy for displaced kidney and hydronephrosis. Ann. of surg. 1900. Luty.
37. Buss. Zur Dystopie der Nieren mit Missbildung der Geschlechtsorgane Zeitschrift f. klin. Med. 1899. T. 38.
38. Butterworth. A case of renal abnormality. Lancet. 1904. T. 1. № 24.
39. Cadoré. Les anomalies congénitales du rein chez l'homme. Thèse de Lyon. 1903.
40. Casper L. Hanbuch d. Cystoskopie. 2 wyd. 1905. Str. 216.
41. Castigne et Rathery. Altérations rénales d'origine congénit. Archive de méd. experiment. et d'anatomie pathol. 1905. № 1.
42. Cathelin. Symphyse rénale avec ectopie du rein gauche à droite. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1898.
43. Cathelin. Le rein ectopique croisé. Annales des mal. des org. genito-urin. 1903. Str. 1761.
44. Cathelin. Le Bulletin médical. 1909.
45. Cecca. Sopra un raro caso di ectopia renale da abscesso perinephritico. Gazz. d. osped. e clin. 1909. № 119.
46. Chapuis. Rein gauche en ectopie congénit. pelvienne chez un sujet du sexe féminin. Lyon méd. 1895. T. 27.
47. Chapuis. De l'ectopie congénit. intrapelvienne du rein en anatomie, en gynécologie et en obstétrique. Thèse de Lyon. 1896.
48. Chavannaz. Nephrectomie transpéritoneale par ectopie rénale congénit. Gazette hebdomad. des sciences méd. de Bordeaux. 1904.
49. Cobb i Giddingo. Supernumerary kidney subject of cystadenoma. Ann. of surg. 1911. Marzec.
50. Cholcow B. Riedkij słuczaj anomalii poczki. Pierekrestnaja distopia. Russkij Wracz 1907. № 34.
51. Czistowicz T. Riedkij słuczaj odnostoronniago otsutstwija poczki i niedorazwitija połowoj sistiemy u żenszcziny. Tamże. 1908. № 2.
52. Cohn. Zur Diagnose der Verlangerung und Verkummerung einer Niere. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. 1906. T, 86.
53. Comillon et Gollet. Anomalie rénale. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. Année 78.
54. Cragin. Congenital pelvic kidneys ostructing the parturient canal; report of a case of vaginal nephrectomy. Americ. journal of obstetr. 1898. T. 2.
55. Cruse. Ein seltener Fall von Kuchenniere mit Verlagerung in die Kreuzbeinhöhle. Dissert. München. 1897.
56. Cullen. Refer. w Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1908. T. 28, str. 123.

57. Curtis. Absense totale d'un rein. Echo méd. du nord. 1906. Kwiecień.
58. Dainville. Deux cas d'anomalie congenitale du rein. Bull, et mem. de la Soc. anat. de Paris. 1902. № 2.
59. Dallest. Anomalie renale. Tamże. 1905. № 5.
60. Daniel. Congenitale Nierenanomalien u. Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1604. T. 20, str. 678.
61. Delaforge G. De la mobilite du rein en ectopie congen. Paris. 1901.
62. Delageniere. Congrès de chir. de Lyon. Annales de gyn. et d'obst. T. 48, str. 377.
63. Delicyn. Podwiżnaja poczka. Pietierburg. 1902.
64. Delkeskamp. Beiträge zur Nierenchirurgie. Beitr. zur klin. Chir. T. 44.
65. Delmas et Fay. Anomalies renales. Bull. et mem. de la Soc. anat. de Paris. 1906. № 7.
66. Delmas I. et P. Sur les anomalies ureterales. Classification anatomo-clinique. Ann. des mal. gen.-urin. 1910. №№ 9, 10 i 11.
67. Delore X. De l'ectopie congenitale du rein. Revue de chir. 1902. № 9.
68. Depage. Un cas de rein surnumeraire pris pour un ganglion tuberculeux de mesentère. Journal de med., de chir. et de pharm. de Bruxelles. 1893.
69. Devis John. Congenital pelvic malposition of left kidney in a voman. Boston. med. and surg. journal 1901. Lipiec.
70. Dionis du Sejour. Annales des mal. des org. gen.-urin. 1907.
71. Dubois. Un cas de rein unique (Fusion des deux reins à droite de la colonne vertebrale). Echo med. du Nord. 1907. № 1.
72. Dufour. Ectopie pelvienne de l'extremite inferieure d'un reine gauche. Clinique. Bruxelles. 1904.
73. Dürk. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 6, str. 651.
74. Ebstein W. Virch. Archiv. T. 95, str. 158.
75. Eckert. Tamże. T. 114, str. 217.
76. v. Eisenhart. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1897. T. 36, str. 373.
77. Elischer. Jahrbuch des Vereins d. Spitalarzte. 1900. Refer. w Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1902. T. 15, str. 89.
78. Engström. Ueber Dystopie der Niere in klinisch-gynakol. Beziehung. Zeitschr. f. klin. Med. 1903. T. 49
79. Exchaquet. Progrês medic. 1875. Maj.
80. Farguharson. Case of left kidney displaced and immoveable. Journal of anat. and physiol. T. 28.
81. Ferguson. Brit. med. journal. 1901. Styczeń.
82. Fischel. Beckenraumbeschrankung durch einen kleinen Tumor (linke Niere?). Prager med. Wochenschr. 1885.
83. Fischer A. Ein Beitrag zu den Missbildungen des Ureters u. der Nieren. Dissert. Zürich. 1900.
84. Flaischlen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1897. T. 36, str. 374.
85. Frank. Ueber einen Fall v. Dystopie d. linken Niere, kombiniert mit uterus unicornis. Zentralbl. f. Gyn. 1899. T. 23, № 20.

86. Freund W. A. Ueber d. sogenante kyphotische Becken. Gynäkolog. Klinik. Strassburg. 1885. T. 1.
87. Gaetani. Un caso di ectopia renale. Atti R. Accademia Peloritana. 1900.
88. Georg H. Ein Fall von Persistenz der linken vena cardinalis inferior mit rechtsseitiger Kuchenniere und seine Bedeutung zur Entwickelungsgeschichte. Dissert. Munchen. 1906.
89. Gajczman W. I. Jedinstwiennaja nachodiaszczajasia w połosti małaho taza poczka, priniataja za opuchol i jedwa nie wyłuszczennaja. Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1910 Str. 1209.
90. Gérard. De quelques reins anormaux. Journal de l'anatomie et de physiol. 1903. № 2.
91. Gérard. Les anomalies congén. du rein chez l'homme. Essai de classification. Tamże. 1905. №№ 3 i 4.
92. Gierszun M. Kazuistika porokow razwitija żenskich połowych organow w swiazi s woprosom o rastorżenii braka. Prace III zjazdu Tow. rosyjsk. położników i ginekologów w Kijowie. 1909 r.
93. Gerster. New York med. journal. 1878.
94. Gidon et Vigot. Rein unique et ectopie. Année med. de Caen. T. 34. № 5
95. Gilford Hastings. Some cases of moveable kidney. Lancet. 1893. Grudzień.
96. Glazebrook. Congenital absence of the kidney. New York med. journal and Philadelphia med. journal. 1905. № 4.
97. Gliński. Wada rozwojowa w narządzie moczowopłciowym. Przegląd Lekarski. 1903. № 47.
98. Godard. Comptes rendus de la Soc. de biologie. 1855.
99. Goulliaud. De l'ectopie pelvienne congén. du rein en gynécologie et en obstétrique. Annales de gynécol. 1895. № 8.
100. Graser. Beitrag zur Pathologie u. chirurg. Therapie der Nierenkrankheiten. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1895. T. 55.
101. Gronneroud. Congenital transposition of kidney. Journal Americ. med. Assoc. T. 49. Str. 690.
102. Grosglik. Przypadek nadnerczaka i kamienia w nerce miedniczej powikłanej niezwykłą postacią dystopii śledziony. Medycyna. 1906. №№ 20 i 21.
103. Gruber W. Mémoire de l'Academie Impériale des sciences de St Pétersbourg. VII-e série. 1859. T. II. № 2.
104. Gruber W. St.-Petersburger med. Zeitschrift. 1863. Str. 42 i 43.
105. Gruber W. Virch. Archiv. 1865. T. 32, str. 111—113.
106. Gruber W. Wiener med. Jahrbucher. 1866. T. XI, str. 9—36.
107. Gruber W. Virch. Archiv. 1876. T. 68, str. 272—281.
108. Gruber W. Tamże. T. 78.
109. Gruber W. Tamże. T. 107.
110. Gubarew. Nieskolko słuczajew wrożdiennych anomalij tazowych organow i pokrywajuszczej ich briusziny. Żurnał akuszerstwa i żenskich boleznie j. 1890. Str. 331.

111. Guthrie and Wilson. Annales of surgery. 1909. Listopad.
112. Guttmann. Ueber 2 Fälle v. kongenital. Mangel der rechten Niere, kompliziert mit Anomalien der Geschlechtsorgane. Virch. Archiv. T. 92, str. 187.
113. Halban J. Kongenitale Beckenniere u. Gravidität. Wiener klin. Wochenschr. 1910. № 4.
114. Haller. Opuscula pathologica. Obs. 60. Lausanne. 1755.
115. Hallopeau. Rein unique. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1906. № 5.
116. Harding. Abnormal kidney. Journal of anat. and physiol. T. 33.
117. Harris. Twenty-third annual meeting of the Americ. Gynaecolog. Society. Transactions of the Amer. Gyn. Soc. 1898. T. 23.
118. Hartevelt. Over congenitale misvormingen van de nier in het bizonder over hel outbriken von ender nieren ook in verband met nephrectomie. Nederl. Tydschr. voor Genceskunde. Amsterdam. 1894.
119. Heilbronn. Ueber kongenitale Nierenanomalien. Dissert. Würzburg. 1902.
120. Heiner. Kongenitale Nierendystopie und kongenitaler Nierendefekt. Folia urologica. 1908. T. 3.
121. Henry. Prolapse of kidney through the inguinal canal. Boston. Med. and Surg. journal. T. 162.
122. Hepburn. Journal of anat. and physiol. 1890. Str. 24—30.
123. Herbet. Anomalie du rein. Ectopie pelvienne congén. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1904. № 1.
124. Hertwig. Lehrbuch d. Entwickelungsgeschichte des Menschen u. der Wirbelthiere. 1876.
125. Heuer. Ueber Hufeisenniere. Dissert. Leipzig. 1902.
126. Hill. On the embryonic development of a case of fused kidneys. Bull. John Hopkins Hop. 1906.
127. Hochenegg. Zur klin. Bedeutung der Nierendystopie. Wiener klin. Wochenschr. 1900. № 1.
128. Hohl. Meckels Archiv f. Anat. u. Physiol. 1828.
129. Holzbach E. Die Hemmungsbildungen der Müller'schen Gänge im Lichte d. vergleichenden Anatomie u. Entwickelungsgeschichte. Hegar's Beiträge. 1909. T. 14, str. 167.
130. Holzbach E. Ueber kombinirte Nieren-Uterusmissbildungen. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1910. T. 32.
131. Holzbach E. Eine mit dem Zystoskop diagnostizierte Anomalie im Harnapparat bei Uterusmissbildung. Zeitschr. f. gyn. Urologie. 1910. T. II, z. 4.
132. Hönigsberg. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1902. T. 15, str. 762.
133. Horaud. Absence congén. du rein droit, uretère droit desservant le rein gauche. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1905. № 4.
134. Howden R. Journal of anat. and physiol. Vol. 21. 1887. Str. 551—557.
135. Huschka E. Encyclopédie anatomique. T. V. Splanchnologie. Tłom. z niemiec. przez A. Jourdina. 1845. Str. 322.

136. Isaja, Ange. Rein surnuméraire constaté pendant la vie. Ann. des org. gén.-urin. 1911. T. 1. № 2.
137. Israel I. Congenitale Anomalien der Niere u. des Ureters. Chirurg. Klinik der Nierenkrankheiten. Berlin. 1901.
138. Israel O. Berliner klin. Wochenschrift. 1893. № 19.
139. Joseph. Zur Kenntniss der kongenitalen Lageanomalien der Niere. Dissert. Giessen. 1910.
140. Kaestel. Die angeborene Verlagerung der Niere in ihrer praktischen Bedeutung. Dissert. Heidelberg. 1903.
141. Kałantarow. Nienormalnoje położenie colonis descendentis, flexurae sigmoideae, recti et renis sinistri. Russkaja miedicina. 1889. № 31.
142. Kałmykow. K kazuistikie porokow razwitija żenskich połowych organow. Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1909. Maj i Czerwiec.
143. Kehrer. Die klinische Bedeutung der kongenitalen einseitigen Nierendystopie. Festschrift. für Chrobak. Beiträge f. Geb. u. Gyn. 1903. T. 1.
144. Keith. Double kidney. Journal of anat. and physiol. T. 35.
145. Kelly. Transactions of the americ. gyn. Soc. 1898. T. 23.
146. Klebs E. Handbuch der patholog. Anatomie. 1876. T. 1, str. 610.
147. Knorr. Die Cystoskopie u. Urethroskopie beim Weibe. 1908. Str. 114 i 258.
148. Kohler. Ein Fall von Tiefstand u. rechtsseitiger Verlagerung der linken Niere bei gleichzeitig bestehender Atrophie der rechten Niere. Dissert. Kiel. 1900.
149. Kolster. Etude sur le développement du rein rudimentaire d'après les anomalies rénales observées à l'institut pathologique de Helsingfors dans les vingt dernières années. Arch. des sciences méd. 1896. № 2.
150. Kroemer. Grenzgebiete der Med. u. Chir. T. 18, z. 3.
151. Kruse. Ueber einseitig gelagerte Hufeisenniere mit partieller Hydronephrose. Dissert. Greifswald. 1890.
152. Kümmel H. u. Rumpel O. Chirurgische Erfahrungen über Nierenkrankheiten. Beitr. z. klin. Chirurgie. 1903. T. 37.
153. Kundrat. Ueber angeborene Form- u. Lagerungsanomalien der Niere. Wiener med. Wochenschr. 1886. № 4.
154. Kuskow. Bolnicznaja gazieta Botkina. 1891. № 45. Trudy S.-Pietierburg. Mariinsk. Gospitala. T. II, str. 80.
155. Kussmaul. Von dem Mangel, der Verkümmerung u. Verdoppelung der Gebärmutter. Würzburg. 1859.
156. Küttner. Intermittierende Hydronephrose in Kongenitaler ektopischer Niere infolge Ureterkompression durch eine abnorm gelagerte überzählige Nierenarterie. Allgem. med. Zentralzeitung. 1908. № 6.
157. Lacasse. Rein en fer à cheval. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1904. № 1.
158. Lafoscade. De l'hydronephrose dans les anomalies congénitales du rein. Thèse de Lyon. 1903.

159. Laignel-Lavastine et Bloch. Rein en fer à cheval. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1904. № 4.
160. Lalmohon. A case of both kidneys on the right side with total absence of kidney on the left side. Ind. med. gaz. T. 2. № 2.
161. Lancereaux. L'union méd. 1880.
162. Landi P. Scienza cosmologiche. T. 18.
163. Latruffe. Un cas d'ectopie rénale congén. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. Année 71.
164. Lauenstein. Ueber 2 Fälle v. einseitiger Niere, wegen hochgradiger Beschwerden behandelt mit Entkapselung u. Sectionsschnitt. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 1909. T. 98.
165. Lawrence. Case of anomalous kidney and ureter. Journal of anat. and physiol. T. 31.
166. Ławrow T. A. Słuczaj otsutstwija odnoj poczki u bolnogo gnojnym gepatitom. Wraczebnaja gazieta. 1903. № 2.
167. Leconte. Rein unique. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1908. № 1.
168. Legueu. Le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogenie de l'hydronephrose. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1904. № 18.
169. Liepiechin. K kazuistikie riedkich słuczajew porokow razwitija żenskich połowych organow. Otsutstwie matki i własgaliszcza. Wraczebnaja gazieta. 1909. № 23.
170. Linzenmeier G. Eine Missbildung im Harnapparat bei uterus bicornis. Zeitschr. f. gyn. Urologie. 1911. T. II. № 5.
171. Longwort I. G. Brit. med. journal. 1911. Kwiecień.
172. Löwenhard. Anomalie rénale. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1901. № 10.
173. Löwit A. Dystopie der Niere u. Missbildung der inneren Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. gyn. Urologie. 1909. T. I, z. 3.
174. Ludwig. Wiener klin. Wochenschr. 1899. № 51.
175. Łukina A. G. Słuczaj distopii poczki. Russkij Wracz. 1911. № 42.
176. Mahon R. Bodkin. Journal of anat. and physiol. 1889. T. 23, str. 339.
177. Martin. Handbuch der Krankheiten der Eileiter. Leipzig. 1895.
178. Martin. Case of congenital single kidney. Brit. med. journal. 1903. Czerwiec.
179. Martinow A. Operative Eingriffe bei Hufeisenniere. Zentralbl. f. Chir. 1910. № 9.
180. Mathes P. Ueber Dystopie der Niere. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1902. Marzec.
181. Maughan I. Brit. med. journal. 1911. Kwiecień.
182. Meckel Fr. Handbuch d. patholog. Anatomie. 1812. T. 1, str. 630 do 636.
183. Meischten E. St. Petersburg. med. Wochenschr. 1909. № 41.
184. Ménétrier. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1886. Str. 62.
185. Mennacher. Angeborene Defekte u. Lageanomalien der Nieren. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. T. 3.

186. Menge. Ueber Urinbefunde nach Nierenpalpation. Münch. med. Wochenschr. 1910. № 23.
187. Mesley. Anomalie rénale (Deplacement congénital du rein gauche). Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. Année 69.
188. Moresco. Un caso d'anomalie genitali con rene atrofico. Gazz. osped. 1905. № 100.
189. Müller, Tavernier et Chalier. Anomalie rénale congénitale. Rein unique en fer à cheval. Lyon méd. 1906. № 52.
190. Müllerheim. Die Diagnostik der Kongenitalen Nierendystopie. Berlin. klin. Wochenschr. 1904. № 34.
191. Mundé. New York med. journal. 1888.
192. Mc Munich. A case of crossed dystopia of the kidney with fusion. Journal of anat. and physiol. T. 32.
193. Munroe. Ectopia of the kidney with report of cases. Boston med. and surg. journal. T. 162.
194. Muthmann. Die Hufeisenniere. Anat. Hefte. T. 32.
195. Natanson. Wiener klin. Wochenschr. 1904. Str. 1392.
196. Naumann. Ueber die Häufigkeit der Bildungsanomalien der Niere. Dissert. Kiel. 1897.
197. Neufville. Ueber einen Fall von Nierenverwachsung und deren tödliche Folgen. Arch. f. Heilkunde. 1851.
198. Newman. Malformation of the kidney and displacements without mobility. Brit. med. journal. 1898. T. 2.
199. Nicolet et Heuyer. Sur un cas d'ectopie rénale double congén. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1905. № 5.
200. Nicolich. Kyste hydatique dans un rein unique. Anurie datant de dix jours. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1902. № 11.
201. Noble. Scottisch med. and. surg. journal. T. 1. № 1.
202. Noble. Some further observations concerning moveable kidney. Americ. journal obstetr. 1907. T. 25.
203. Noble. Transactions of the americ. gynaec. Soc. 1899. T. 23.
204. Nowikow A. M. Riedkij słuczaj dwustoronniej apłazii Müller'owoj niti u żenszczin. Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1907. № 2.
205. Nurdin. De l'ectopie congénitale du rein du point de vue chirurgicale. Thèse de Lyon. 1900.
206. Oberndorfer. Varietäten im Gebiete der unteren Hohlvene. Persistenz der linken v. cardinalis inferior bei Verlagerung der linken Niere. München. med. Wochenschr. 1903. № 10.
207. Oderfeld. Przedstawienie nerki podkowiastej, dotkniętej roponerczem. Protok. posiedz. sekcyi chirurg. Warszaw. Tow. lek. 1907.
208. Oddono. Su un rene in ectopia pelvica congenita e sulla segmentazione del rene. Bull. Soc. med. chir. Pavia. 1899.
209. Oelsnitz et Roullier. Anomalie de rapports et d'irrigations du rein. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1903. № 7.
210. Ogston. Brit. med. journal. 1879. T. 1, str. 591.
211. Oliva. Ecclampsia puerperale e rene unico. Gineva. 1898.

212. Olivier. Remarks on a case of horseshoe kidney simulating malignant disease of the abdomen. Brit. med. journal. 1898.
213. Olshausen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1897, str. 375.
214. Olshausen. Tamże. 1899. Str. 423.
215. Ort. Kongenitale Lage- u. Bildungsanomalie der linken. Niere. Zentralbl. f. Gyn. 1903. № 1.
216. Otto A. Museum anatomico-patholog. Vratislaviense. 1841. Str. 281.
217. Owczinnikow. Słuczaj wrożdiennago otsutstwija poczki. Kazanskij miedic. żurnał. 1903. Listopad—Grudzień. Monatschr. f. Urologie. 1905.
218. Pabis. Su un raro caso di ectopia renale congenita. Gaz. med. ital. Rocznik 55. № 17.
219. Pacoud. Sur un vice de position du rein gauche. Recueil period. de la Soc. méd. de Paris. T. 14.
220. Paltauf. Zur Kenntniss der uterus unicornis. Wiener med. Jahrb. 1885.
221. Papin. Anomalies rénales. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1906. № 7.
222. Papin et Palazzoli. La symphyse rénale unilaterale. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1909. T. 2.
223. Papin et Palazzoli. Le rein ectopique croisé. Tamże. 1910. T. 2.
224. Papin et Christian. Sur trois nouveaux cas de rein en fer à cheval. Considérations sur l'hydronephrose dans cette anomalie. Tamże.
225. Parodi F. Un caso nuovo di rene unico con anomalie genitali. Boll. d. R. aca. med. Genova. 1900. № 3.
226. Paschkis. Ein Beitrag zu den Operationen an verwachsenen Nieren. Wiener med. Wochenschr. 1910. № 41.
227. Pellegrini. La ginecologia. 1904.
228. Pepere. Archivio di ostetr. e ginec. 1908. Czerwiec.
229. Pestalozza. Trattato di ost. e ginec. Cuzzi-Guzzoni-Pestalozza-Mangiagalli. Patologia di gravidanza. Str. 93.
230. Pochon. Anomalie rénale. Variété de rein en fer à cheval. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. Année 70.
231. Pohlmann A. G. Johns Hopkins hos. bull. 1905. Luty.
232. Polak. Sprawozdanie z posiedzeń niderland. Tow. ginekolog. 1905.
233. Polk. Extirpation of a single displaced kidney. Lancet. 1883. T. 1, str. 514.
234. Poniatowski. Słuczaj nienormalnago położenija i sraszczenija poczek. Miedicin. pribawlenie k Morskomu Sborniku. 1905. № 1.
235. Preindelsberger. Beitrag zur Nierenchirurgie. Wiener klin. Rundschau. 1901.
236. Rayer. Traité des maladies des reins. Paris. 1841.
237. Reynos. Rein en fer à cheval. Marseille méd. 1895.
238. Richter. Infizierte Hydronephrose einer angeborenen dystopischen Niere. Wiener klin. Wochenschr. 1907. № 40.
239. Robb. Transactions of the americ. gyn. Soc. 1898.
240. Robin. Ectopie congén. du rein gauche. Bull. de la Soc. scientif. et méd. de l'ouest. Rennes. 1900. № 1.

241. Rodriguez. Rinon unico congenito ectopico. El siglo med. Ann. 54.
242. Rokitansky. Zeitschr. der K. K. Gesellschaft d. Aerzte in Wien. 1859 № 33.
243. Rokitansky. Lehrbuch der patholog. Anatomie. 1861. T. III, str. 319.
244. Roze F. K kazuistikie dystopiae renis. Chirurgia. 1906. T. 20, str. 170.
245. Rosenberger. Monatschr. f. Geburtskunde u. Frauenkrankh. 1862.
246. Rosenhaupt. Eine seltene Missbildung (Verlagerung einer Niere). Archiv f. Kinderheilkunde. T. 41.
247. v. Rosthorn. Klinische Beobachtungen über Wanderniere bei Frauen. Zeitschr. f. Heilkunde. T. 17.
248. Rotmund. Fälle von kongenitaler Verlagerung der linken Niere. Dissert. Würzburg. 1897.
249. Rovsing. Beitrag zur Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Hufeisenniere. Zeitschr. f. Urologie. 1911. 8.
250. Rumpel. Ein Fall v. Nephrolithiasis bei bestehender Hufeisenniere. Zentralbl. f. Chirurgie. 1902. № 42.
251. Runge. Mitteilungen aus der Gottinger Frauenklinik. Archiv f. Gyn. T. 41.
252. Rühle. Demonstration einer extirpierten Beckenniere. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 14.
253. Ruczinskij W. P. K kazuistikie mnożestwiennych urodstw poczek. Wraczebnaja gazieta. 1907. № 22.
254. Schauerte. Dystopie der Niere und Hydronephrose. Dissert. Halle. 1903.
255. Schaud. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1907. Październik.
256. Schede. Handbuch der praktischen Chirurgie. T. 3.
257. Schmieden. Die Erfolge der Nierenchirurgie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 62.
258. Schott. Oesterreich. Zeitschr. f. praktische Heilkunde. 1866.
259. Schreiber I. Ueber renalpalpatorische Albuminurie u. ihre Bedeutung etc. Zeitschr. f. klin. Med. T. 55.
260. v. Schuhmacher. Ein Fall von gekreuzter Dystopie der Niere mit Lageveränderungen an den Geschlechtswerkzeugen. Wiener klin. Wochenschr. 1903.
261. Schuppmann. Organ für die gesammte Heilkunde. Bonn. 1842. T. II.
262. Schütz. Ein Fall v. gekreuzter Dystopie der rechten Niere ohne Verwachsung beider Nieren. Deutsche Zeitschr. f. Chir. T 46.
263. Schwalbe. Mitteilung über zwei Fälle v. kongenitaler Nierenverlagerung. Virch. Archiv. 1896. T. 146.
264. Seitz. Zentralbl. f. Gyn. 1902. Str. 1081.
265. Sellheim. Der normale Situs der Organe im weiblichen Becken und ihre häufigsten Entwickelungshemmungen. Wiesbaden. 1904.
266. Skliarow I. P. Diemonstracija bolnoj s podkowoobraznoj poczkoj. Naucznoje sowieszczanie klinicz. wojenn. gospitala. 25. XI. 1905.
267. Socin. Nephrectomie bei einseitig erkrankter Hufeisenniere. Bruns Beiträge zur klin. Chir. 1889. T. 4.
268. Sokołow A. N. Diemonstracija nieskolkich słuczajew wrożdiennych

anomalij poczek. Protokóły i prace Tow. lek. w Baku. 1899 — 1900. Str. 62.
269. Spiegelberg. Aplasie der linken Niere. Virch. Archiv. 1897. Str. 55.
270. Stefanis F. Dwa słuczaja wrożdiennoj distopii poczki. Kijew. 1894.
271. Steffen W. Kongenitale Verlagerung der linken Niere. Jahrbuch f. Kinderheilkunde u. phys. Erziehung. 1896. T. 41.
272. Stephan S. Die kongenitale Nierendystopie beim Weibe in klinischer und embryologischer Beziehung. Zeitschr. f. gyn. Urologie. 1912. Z. 6.
273. Stoeckel. Die Cystoskopie des Gynakologen. Leipzig. 1904. Str. 260.
274. Stoeckel. Kongenitale Dystopie der rechten Niere. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 61
275. v. Stockum. Over nephrectomie en nephrotomie. Nederl. Tydschr. voor Geneesk. 1903. T. 1.
276. Stolper. Schles. Gesellschaft f. vaterl. Kultur in Breslau. 1894. Deutsche med Wochenschr. XX Vereinsbeilage. Str. 22
277. Sträter. Beiträge zur Pathologie u. Therapie der kongenitalen Nierendystopie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 83, z. 1 i 2.
278. Strube G. Ueber kongenitale Lage- und Bildungsanomalien der Nieren. Virch. Arch. 1894. T. 137, str. 227.
279. Tangl. Beiträge zur Kenntniss der Bildungsfehler der Urogenitalorgane. Tamże. 1889. T. 118, str. 419.
280. Tesson. Fusion des deux reins. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. Année 70.
281. Tillmanns. Die Verletzungen u. chirurg. Erkrankungen des Beckens. Deutsche Chirurgie. Lief. 62a, str. 706.
282. Tonkow. Dwa słuczaja anomalij poczek. Russkij chirurg. archiw. 1903. № 2
283. Valenti. Sopra un caso di ectopia renale congenita. Atti d'Accademia med.-chir. di Perugia. 1896. T. 8.
284. Veit. Handbuch der Gynäkologie. Entwickelungsfehler der weibl. Genitalien.
285. Verocay. Ren impar mit Anomalien der Genitalorgane, der Baucharterien und des Skelettes. Grazer klin. Wochenschr. 1907. № 49.
286. Viannay et Cotte. Absence congénitale du rein, de l'uretère et des voies spermatiques du côté droit. Bibliographie anat. 1906.
287. Voelcker. Diagnose der chirurg. Nierenerkrankungen unter Verwerthung der Chromocystoskopie. Wiesbaden. 1901.
288. Voisin et Galippe. Rein en fer à cheval. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1903 № 6.
289. Weibel. Ein operativ behandelter Fall von ren sigmoideus. Wiener klin. Wochenschr. 1908. № 47.
290. Weibel. Zur Aetiologie der gleichzeitigen Missbildungen des weiblichen Harn- u. Geschlechtsapparates. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1910. № 31.
291. Weisbach A. Fünf Fälle von tiefer Lage der Nieren. Wiener med. Wochenschr. 1867. №№ 1 i 2.

292. Westphal. Ueber einen Fall von einseitig kongenital atrophischer Niere, kombiniert mit Schrumpfniere. Berliner klin. Wochenschr. 1890. № 29.
293. v. Winckel. Lehrbuch d. Frauenkrankheiten. 2 wyd. 1890. Str. 294.
294. v. Winckel. Ueber die Eintheilung, Entstehung u. Benennung der Bildungshemmungen d. weibl. Sexualorgane. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. 1899. №№ 251 i 252.
295. Windmuller. Die Symptomatologie der dystopen Niere. Dissert. Heidelberg. 1910.
296. Windrath. Ueber Beckenniere als Geburtskomplikation. Dissert. Giessen. 1907.
297. Winter. Ueber einseitige angebore Nierendefekte nebst einem Fall v. Nierencyste in d. Solitärniere. Archiv f. klin. Chir. 1903.
298. Wölfler. Zur. chirurg. Pathologie der Nieren. Wiener med. Wochenschr. 1876.
299. Wylie. New York journal of gyn. and obst. 1891.
300. Żebrowski E. O rozpoznawczem znaczeniu zmian w moczu, wywoływanych przez uciskanie nerki. Przegląd lekarski. 1907. №№ 20—26.
301. Zinner. Partielle primäre Hydronephrose in Verwachsungsnieren. Zeitschr. f. Urologie. 1909. T. 3.
302. Zondek. Die Topographie der Niere und ihre Bedeutung für die Nierenchirurgie. Berlin. 1903.
303. Żebrowski E. K woprosu o raspoznawatielnom znaczenii t. naz. palpatornoj albuminurii. Russkij Wracz. 1910. № 34.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O przetokach pępkowych

opracował

LEOPOLD ZALC.

Według zdania autorów, już w drugim miesiącu rozwoju zarodka rozszerza się dolna część omocznej, połączona z odbytnicą za pomocą krótkiego przewodu, i z tej to części tworzy się wrzecionowaty twór — pęcherz moczowy, gdy tymczasem część górna omocznej, zwrócona ku pępkowi i przez ten ostatní przechodząca, która początkowo — jak i cała omoczna — jest wydrążona, staje się stopniowo coraz węższa i, według zdania starszych autorów, już przed urodzeniem płodu powinna być zarośnięta. Gdy J. G. Walter, jak również Portal i J. Fr. Meckel nie zgadzali się z tem zdaniem, Luschka na podstawie ściślejszych badań dowiódł, że właściwy moczownik (Urachus) stale, lecz nie na całej swojej długości, a tylko częściowo, mianowicie w części, najbliżej położonej ku pęcherzowi, zachowuje się w postaci rury, gdy natomiast część górna, zdążająca ku pępkowi, zarasta. Pogląd ten został nietylko przez innych autorów (Ahlfeldt, Suchanneck, Wutz) potwierdzony, lecz Wutz idzie jeszcze dalej i twierdzi, że przewód ten po urodzeniu nie tylko pozostaje, lecz w pozamacicznem życiu powiększa się jeszcze w różnych kierunkach, a mianowicie — jego długość, grubość i światło kanału. Ponieważ wszakże to rośnięcie, które ma trwać aż do 25-go roku życia, nie idzie w parze z powiększaniem się ściany brzusznej, przeto przestrzeń pomiędzy pępkiem a górnym końcem części moczownika, która pozostała otwarta, staje się coraz większa, wskutek szego początek części zarośniętej moczownika, t. zw. ligamentum vesicae med.,

u dzieci wynosi połowę i więcej, u dorosłych zaś tylko $^1/_3$ odległości pępka od wierzchołka pęcherza moczowego. Dalej Wutz znalazł w okolicy wierzchołka moczowego, mianowicie w miejscu, od którego odchodzi moczownik, na śluzówce lejkowate wciągnięcie, a w tem ostatniem bardzo maleńki otworek, w którym znajduje się wentyl, oddzielający pęcher od moczownika, lecz do którego można wprowadzić cienki włos, przytem łatwiej u dorosłych, niż u dzieci. Moczownik przebiega miejscami zupełnie rozciągnięty, miejscami bardzo kręty, w innych zaś przypadkach posiada dość liczne zatoki, a nawet oddzielne szypułowate torbiele, twory, które, według niektórych spostrzeżeń, mogą bardzo powiększać się. Nad tworami tymi nie będziemy dłużej zastanawiać się, a tylko polecić możemy pod tym względem pracę Tillmanna, w której Tillmann je dość szczegółowo opisuje. Wnętrze rury wyściela wielowarstwowy nieregularnie zbudowany nabłonek, t. zw. nabłonek przejściowy, podobny do tego, jaki znajdujemy w pęcherzu moczowym. Dalej następuje warstwa tkanki łącznej i włókien sprężystych, zewnętrzną zaś warstwę stanowią przeważnie wzdłuż przebiegające włókna mięśniowe, które to włókna stanowią bezpośrednio dalszy ciąg mięśnia wypieracza moczu (Detrusor vesicae). Włókna mięśniowe w dolnej części moczownika stanowią dość grubą warstwę, która w kierunku ku górze stopniowo staje się cieńsza i powyżej rury nabłonkowej, ponad którą ona stale wystaje, przechodzi w cienkie pasmo, składające się z tkanki łącznej i bezpośrednio prowadzące do pępka, w pobliżu którego już wcale niema komórek nabłonkowych moczownika. Pomimo, że anatomowie bez względu na duży materyał, jakim posiłkowali się, nie mogli dowieść istnienia moczownika na całej jego przestrzeni od pęcherza aż do pępka w życiu pozapłodowem, inni autorowie jednak utrzymują, ze takie właśnie istnienie, jakkolwiek rzadko, wszakże bywa.

Nie będziemy mówili o potworach i niedokształceniach, gdzie z powodu zmian anatomicznych oddawanie moczu drogą prawidłową jest wyłączone, lub gdzie oddawanie to jest bardzo utrudnione, mianowicie w przypadkach, w których moczownik jednocześnie zastępuje cewkę, i jako wentyl pozostaje otwarty. Chociaż pochodzenie przeszkody w przytoczonych przypadkach tłomaczy się z łatwością, to jednak w całym szeregu przypad-

ków nie możemy sobie wytłómaczyć, dlaczego pomimo prawidłowej budowy dróg moczowych, pomimo prawidłowego pęcherza moczowego i cewki jednak moczownik u noworodka na całej swojej długości aż do pępka pozostaje otwarty, i po odpadnięciu zwykle zbyt grubego sznurka pępowinowego pozwala przeciekać przez pępek pewnej części moczu, zawartego w pęcherzu. Stadfeldt zebrał podobne przypadki z piśmiennictwa i znalazł, że z pomiędzy 14-tu opisanych przypadków 12-cie dotyczyły dzieci rodzaju męskiego, a 2 tylko rodzaju żeńskiego. Wobec tego przypuszczano, że własności cewki męskiej stanowią moment, ułatwiający wytwarzanie się powyżej wymienionej przeszkody, gdyż cewka ta, ze względu na swą długość i kręty przebieg, utrudnia oddawanie moczu i w ten sposób może powodować przejście moczu do moczownika. O ile to przypuszczenie samo przez się jest mało prawdopodobne, jest ono zupełnie wyłączone u osobników rodzaju żeńskiego, u których również spostrzegamy, że moczownik pozostaje otwarty, lecz niepodobna uzależniać tego od budowy cewki, o ile jest ona prawidłowa. W tych razach, w których pokryta wewnątrz nabłonkiem rura pozostaje aż do urodzenia dziecka otwarta, mając jednocześnie otwór w okolicy pępka, lub też nie posiadając go, można przypuszczać, analogicznie do spostrzeżeń w resztkach przewodów skrzelowych, że rura ta i po urodzeniu dziecka pozostaje otwarta, przytem o ile nie na całej swej długości, to przynajmniej na większej części, jak to Wutz już dowiódł w stosunkach prawidłowych. Przytem wentyl, który znajduje się pomiędzy pęcherzem a moczownikiem, w tych razach, według Wutza, daleko łatwiej zatraca swą czynność, aniżeli w warunkach prawidłowych. Gdy w takich warunkach następuje w późniejszem życiu trwający czas dłuższy zastój moczu w pęcherzu moczowym, połączony z ostrem rozszerzeniem pęcherza, wtedy mocz nietylko stosunkowo łatwo przechodzi do moczownika i rozszerza go, lecz po dostatecznym ucisku dochodzi aż do pępka, i ten ostatni przerywa. Mamy wtedy do czynienia z t. zw. przetoką pęcherzowomoczownikowopępkową. Niektórzy autorowie w istnienie tych przetok nie wierzą, inni zaś niejednokrotnie spostrzegali je.

Zupełnie inny obraz przedstawiają przypadki, w których

moczownik otwiera się ponownie. Wtedy widzimy następujące cechy charakterystyczne: u chorych, u których przedtem nigdy w okolicy pępka nie znajdowało się nic nieprawidłowego, występują gwałtownie bez widocznych powodów boleści w brzuchu, dreszcze i silne parcie w pęcherzu moczowym, przytem mocz, oddawany w niewielkich ilościach, w odstępach kilkuminutowych, jest mlecznomętny, często ropny i nawet niekiedy zawiera ślady krwi. Parcie to po pewnym czasie ustępuje, lecz naraz mocz zaczyna wydobywać się przez pępek, i od tej chwili zostaje tylko tą drogą oddawany. Badając, znajdujemy zwykle w pępkowej bliźnie, która nie jest wciągnięta, okrągły guzik wielkości grochu, składający się z ziarniny. Z przypłaszczonego wierzchołka tego guzika wydobywa się stale zupełnie czysty, chwilami zawierający białe strzępy, bursztynowożółtej barwy płyn, posiadający wyraźny zapach moczu. Skóra i ściana brzucha w okolicy pępka nic nieprawidłowego nie przedstawiają. Po za ścianą brzuszną na linii pośrodkowej, na przestrzeni od pępka do spojenia łonowego, wyczuwa się podłużną kształtu kiełbasy guzowatość. Guz ten jest miękki, mocno przyrośnięty do pępka, jak również w okolicy pępka mocno zrośnięty z tylną powierzchnią ściany brzusznej, natomiast w dolnej części jest wyraźnie ruchomy. Dolny koniec guza przechodzi, jak to wykazuje badanie przez odbytnicę, bezpośrednio do pęcherza moczowego. Ściany pęcherza są grubsze i twardsze, niż prawidłowo, po zą tem za pomocą cewnika nic nieprawidłowego w pęcherzu nie znajdujemy, a przedewszystkiem żadnego ciała obcego, którego obecność możnaby przypuszczać. Cewka również jest prawidłowa. Zgłębnik, wprowadzony do guzika, znajdującego się w pępku, idzie ku dołowi i z początku zatrzymuje się na wysokości spojenia łonowego, lecz za małem naciśnięciem przechodzi do pęcherza i do cewki, a przez tę ostatnią wychodzi na zewnątrz. Światło przewodu jest wypełnione niezbyt twardą, ciemnoczerwonej barwy tkanką; warstwa ta jest grubości kilku milimetrów i nie przedstawia nic innego, jak śluzówkę, i tylko w niektórych miejscach jest podobna do powierzchni, pokrytej ziarniną.

Badanie drobnowidzowe kawałków, wyjętych z tego przewodu, wykazuje 3 warstwy tkanki. Pierwszą warstwę stanowi

swoisty wielokształtny płaski nabłonek, drugą warstwę — luźna tkanka łączna, warstwę zaś trzecią stanowią włókna mięśniowe, przebiegające podłużnie i skośnie.

Na trwałość zagojenia t. zw. przetoki moczownika możemy liczyć wtedy, kiedy leczenie przedewszystkiem rozpoczynamy od usunięcia przyczyny, która w przypadkach wrodzonej przetoki wywołała pozostanie otwartym wyżej wymienionego przewodu nabłonkowego, a w przypadkach nabytej przetoki spowodowała otwarcie się nanowo tego przewodu i przerwanie się go przez pępek. Przyczyn takich jest bardzo wiele, i są one bardzo rozmaite, tak że niezawsze jest łatwo je odnaleźć. Co do pochodzenia nabytych przetok moczownika — wiemy już oddawna, ze w tych razach główną przyczyną bywa zastój moczu w pęcherzu z powodu przeszkody, utrudniającej odpływ moczu, jak np. jednocześnie u tegoż osobnika istniejąca wrodzona stulejka dużego stopnia. Są jednak przypadki wrodzonej przetoki, w których przeszkody do oddania moczu wykazać nie można; w tych razach — mówi Klebs — należy przypuszczać, że przeszkody takie istniały w życiu wewnątrzmacicznem, potem zaś, po urodzeniu się dziecka, znikły.

Jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że usunięcie bodaj najmniejszej przeszkody, utrudniającej drogą normalną oddawanie moczu, musi dodatnio wpływać na zamknięcie się przetoki. Istotnie udało się już po usunięciu podobnej przeszkody w całym szeregu przypadków zagoić tego rodzaju przetoki za pomocą bardzo prostych środków, jak przyżeganie, lub wywarcie ucisku na ujście przetoki. Oczywiście, największe szanse zagojenia są w tych razach, kiedy zabieg następuje możliwie prędko po odpadnięciu pępowiny, gdyż wtedy tworzenie się jednocześnie blizny pępkowej sprzyja szybszemu i pewniejszemu zamknięciu się przetoki. Stosowanie jednocześnie cewnika na stałe nigdy nie daje, według Delagéniéra, pomyślnych wyników, gdyż w tych razach bardzo łatwo następuje zapalenie pęcherza, które szerzy się na moczownik (Urachitis ascendens), a wtedy przewód ten zamknąć się już nie może. Większe operacye, polegające na całkowitem lub częściowem usunięciu przewodu nabłonkowego, między innemi — metoda Delagéniéra, powinny mieć dopiero wtedy zastosowanie, kiedy zostały wypróbowane najprostsze środki, które jednak nie doprowadziły do pożąda-

nego celu. Daleko większe napotykamy trudności w przypadkach przetok moczownikowych, występujących w późniejszym wieku, w t. zw. nabytych lub też wrodzonych wtórnych przetokach. Przetoki, tworzące się w pierwszych latach życia, co do swojej formy prawie niczem nie różnią się od przetok wrodzonych, a to dlatego, że w tych razach możemy przypuszczać, iż tylko najwięcej na zewnątrz leżący koniec moczownika, znajdujący się w samej bliznie pępka, był zamknięty. Zastój moczu w pęcherzu odgrywa tu też dużą rolę.

Przypadki, w których na nowo otwiera się moczownik u ludzi dorosłych, możemy sobie dobrze objaśnić faktem, że — jak wykazały badania — większa dolna część przewodu nabłonkowego, do której możemy dostać się od strony wierzchołka pęcherza, jest nietylko w pierwszych latach życia bardzo wyraźna, lecz pozostaje do pewnego stopnia dosyć wyraźna i w późniejszych latach, i taki stan możemy uznawać za prawidłowy. Ponieważ przypadki t. zw. nabytej przetoki moczownika są spostrzegane niezbyt często, więc można przypuszczać, że reszta moczownika, istniejąca w warunkach prawidłowych, wtedy tylko prowadzi do stanu chorobowego, to jest do przedostawania się moczu przez pępek, kiedy światło tego przewodu jest zbyt szerokie i fałda nabłonka, tworząca wentyl na granicy pomiędzy moczownikiem a pęcherzem, staje się niewystarczająca (v. Bramann).

Bramann był pierwszy, który zastosował doszczętne leczenie operacyjne w przypadku t. zw. nabytej przetoki moczownika. Wyszedł on z tego słusznego założenia, że warstwa nabłonkowa rozszerzonego moczownika stanowi główną przeszkodę do zamknięcia się przetoki. Tak np. u jednej swojej chorej 12 letniej dziewczynki, cierpiącej od 9-go roku życia na zapalenie pęcherza, u której wytworzyła się niedawno przetoka w okolicy wierzchołka pęcherza, postąpił on w ten sposób, że po wprowadzeniu zgłębnika i rozwarciu całego przewodu usunął nabłonek na całej przestrzeni, aż do pęcherza, i w ten sposób zagoiła się przetoka. Jednocześnie leczył on sprawę zapalną w pęcherzu za pomocą wprowadzenia cewnika na stałe i częstych przemywań. Podobny przypadek, z podobnym operacyjnym zabiegiem opisuje Lexer. Ten ostatni zapytuje, czy

wycięty przez niego przewód przetoki rzeczywiście jest przetoką pępkową? Wszak przetoka ta może wytwarzać się nietylko na tle resztek częściowo otwartego moczownika, lecz i z wielu innych przyczyn. Ledderhose zaznacza, że pochodzenie przetoki z resztek moczownika jest b. wątpliwe w tych razach, kiedy mamy silne objawy zapalne, a zwłaszcza wydobywanie się płynu ropnego przez pępek przedtem, niż zaczyna z niego wyciekać mocz. W tych razach prędzej należałoby przypuszczać, że mocz niezależnie od moczownika przedostaje się po przedziurawieniu się owrzodzonej ściany pęcherza do tkanki podotrzewnowej, gdzie tworzy się naciek moczowy, i w ten sposób mocz przedostaje się do pępka.

Rozstrzygnąć jednak pytanie, czy w danym przypadku mamy do czynienia z nanowo otworzonym moczownikiem, czy też dana przetoka wytworzyła się wskutek otwarcia się ropnia moczowego, możemy tylko za pomocą badania drobnowidzowego, które w pierwszym przypadku powinno wykazać komórki nabłonkowe moczownika, gdyż same objawy kliniczne, towarzyszące otworzeniu się przetoki pępkowej, nie są wystarczające, by odpowiedzieć na pytanie, czy mamy do czynienia z przetoką, wychodzącą z moczownika, czy też nie? Punktem oparcia w zrobieniu rozpoznania mogą służyć, według Ledderhosego, Bramanna, Güterbocka nagle występujące silne objawy zapalne, rozległe nacieczenie i obrzmienie ściany brzusznej, co przemawia na korzyść nacieku moczowego po przedziurawieniu się pęcherza, natomiast przetoka, powstająca wśród objawów mniej lub bardzo mało wyraźnych, jest przetoką moczownika. Ta ostatnia powstaje jednak tylko wobec istniejącego stanu zapalnego pęcherza, który to stan przechodzi w pozostałą część rury nabłonkowej, stąd — na stałą część ligam. med. i na tkankę, wypełniającą t. zw. przestrzeń podpępkową. Ze względu na to, że zanim zaczyna mocz przeciekać przez pępek, wydobywa się przez ten ostatni ropa, mogą przed chwilą wymieniane odcinki znajdować się w stanie silnego zapalenia, tak iż tutaj w przypadku na nowo otworzonego moczownika możemy mieć zupełnie te same objawy, jakie widzimy przy otwarciu się w okolicy pępka nacieku moczowego.

Dalej, wypada wziąć pod uwagę okoliczność, że stan zapalny pęcherza może zupełnie stopniowo bez burzliwych obja-

wów przejść przez naczynia chłonne, lub też przez moczownik w części niezarośnięty aż do pępka, a wtedy nowa jakaś przyczyna, bodajby np. długotrwający zastój moczu w pęcherzu, może spowodować przedostanie się moczu tą drogą aż do pępka i przedziurawienie go. A więc w tym przypadku na zasadzie tylko klinicznych objawów nic określonego co do pochodzenia przetoki powiedzieć nie możemy.

Ze względów praktycznych streścimy jeszcze raz to, cośmy powiedzieli o leczeniu przetoki moczownika. W przypadkach wrodzonej przetoki należy możliwie zaraz po narodzeniu się dziecka, po usunięciu przeszkód, uniemożliwiających prawidłowe oddawanie moczu, wypróbować z początku najprostsze sposoby; do tych ostatnich zalicza się też odświeżenie i zaszycie ujścia przetoki, przyczem powinno się szczelnie zamknąć pierścień pępkowy, aby zapobiedz wytworzeniu się w tem miejscu przepukliny. O ilebyśmy w ten sposób nie otrzymali pożądanego wyniku, wtedy po upływie kilku lat powinniśmy przypuszczać, że niezarośnięcie moczownika jest wywołane wskutek dużych rozmiarów jego światła, lub wskutek torbielowatej zatoki, albo też innych, mianowicie — zapalnych zmian w ścianie moczownika; w tych razach powinien być wykonany większy zabieg chirurgiczny, lecz nie wcześniej, niż w drugim roku życia, jak to radzi Delagénière. Ze względu na uszkodzenie otrzewnej, które to uszkodzenie podczas wycięcia przewodu jest nieuniknione, powinno się, według Lexera, przeczekać z wykonaniem zabiegu nie rok, lecz kilka lat. Przez ten czas powinniśmy zalecić nadzwyczajną czystość, aby zapobiedz zapaleniu śluzówki moczownika i pęcherza moczowego, dziecko powinno nosić poduszeczkę, owiniętą w aseptyczną gazę i w ten sposób stan dziecka może być zupełnie zadowalający, i może być ono uchronione od wszelkich powikłań. Jeżeli jednak ze względu na uporczywość przetoki jesteśmy ostatecznie zmuszeni do zabiegu chirurgicznego, to powinniśmy postąpić już doszczętnie, aby wyłączyć wszelką możliwość ponownego otworzenia się przetoki.

W przypadkach t. zw. nabytej przetoki moczownika powinno się, według Lexera, górną część czyli początek przewodu wyłuszczać metodą Bramanna, gdyż posiada ona tę zaletę, że w ten sposób możemy najpewniej zapobiedz zranieniu otrze-

wnej, co nie jest rzeczą obojętną, ponieważ otoczenie przetoki znajduje się zwykle w stanie zapalnym. Gdy zaś dojdziemy do posiadającego nabłonek odcinka, który, rozszerzając się, przechodzi w zwykle nieprawidłowo ukształtowany wierzchołek pęcherza moczowego, powinniśmy wtedy wyosobnić całą cewę możliwie wraz z otaczającą ją, zwykle zgrubiałą, warstwą tkanki włóknistej; teraz przecinamy poprzecznie wyosobnioną w ten sposób cewę u samego wierzchołka pęcherza, i ranę w pęcherzu zaszywamy doszczętnie.

* * *

Drugi rodzaj przetok pępkowych stanowią wrodzone t. zw. pępkowokałowe przetoki, które wytwarzają się wskutek niezarośnięcia przewodu pępkowojelitowego (Ductus omphalo-mesentericus). Jak wiadomo, przewód ten w pierwszych miesiącach życia płodu jest otwarty, i łączy jelito z pęcherzykiem żółtkowym, w późniejszych zaś miesiącach zarasta, a gdy dziecko przychodzi na świat, znajdujemy wtedy w bliznie pępkowej i w powrózku pępkowym tylko niewielkie resztki tego tworu w postaci powrózków, a w tych ostatnich niekiedy oddzielne komórki nabłonkowe. Deschine podaje, że w 1,8% wszystkich przez niego badanych trupów dzieci znalazł resztki przewodu pępkowojelitowego. Niezarośnięcie tego przewodu może być częściowe, lub też na całej przestrzeni, co prowadzi do różnych niedokształceń, między innemi—do wytworzenia się wyżej wspomnianej przetoki pępkowokałowej. Widzimy wtedy w okolicy pępka niewielki wilgotny na czerwono zabarwiony guzik, mający pośrodku otworek, z którego wydobywa się kał, śluz lub też płyn żółciowy, a zgłębnik, wprowadzony przez ten otworek, z łatwością wchodzi do światła kiszki. Guzik taki wytwarza się w ten sposób, że śluzówka uchyłka wywija się na zewnątrz.

Prócz zwyczajnych ziarniniaków pępka należy mieć na względzie w rozpoznawaniu różniczkowem również wypadnięcie uchyłka bez pośrodkowego otworu. W tym wypadku część przyjelitowa przewodu pępkowojelitowego została zarośnięta, natomiast część otworu tego przewodu i pępek pozostały otwarte. Przez ucisk tłoczni brzusznej uchyłek wywija się i wychodzi

na zewnątrz, tworząc w okolicy pępka niewielki guz. Ponieważ powierzchnie surowicze, wywinięte do wewnątrz, zrastają się, powstaje więc guz twardy. Tego rodzaju guzy pierwszy opisał Kolaczek, i nazwał je enteroteratomatami, później opisywali je Küstner i inni. Co się tyczy dalszego losu obydwu tych wad rozwojowych, to i tutaj widzimy dużą różnicę. Gdy wypadnięcie uchyłka, nie mającego kanału pośrodkowego, jest i pozostaje zupełnie niewinnym tworem, głównie wtedy, gdy powierzchnie surowicze zrastają się, nie możemy tego żadną miarą powiedzieć o wypadnięciu uchyłka z kanałem pośrodkowym. Pernice podaje 22 przypadki wypadnięcia uchyłka bez kanału pośrodkowego; wszystkie te przypadki były wyleczone po dokonaniu niewielkich zabiegów chirurgicznych (podwiązka, wyłuszczenie, przyżeganie lapisem i t. d.)

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa wypadnięcia uchyłka z t. zw. kanałem pośrodkowym, t. j. takiego uchyłka, który pozostaje w łączności z kiszką. Główne niebezpieczeństwo w tych przypadkach polega na tem, że uchyłek wywija się coraz więcej na zewnątrz, pociągając za sobą kiszkę cienką, tak iż nieraz dochodzi do tego, że cała kiszka cienka z wywiniętą na zewnątrz śluzówką leżą przed pępkiem. We wszystkich tych dotychczas ogłoszonych w piśmiennictwie przypadkach nastąpiła śmierć z powodu właśnie tego powikłania, lub też z powodu wykonanej ze względu na to powikłanie operacyi.

Jednak w r. 1895 wyszła praca Löwensteina, gdzie autor podaje jeden podobny przypadek, który po wykonaniu operacyi zakończył się wyzdrowieniem. Przypadek ten był w krótkości następujący: Guzowatość w okolicy pępka, uznana za ziarniniak, była przez lekarza odcięta podczas godzin przyjęcia. Po usunięciu tej guzowatości wypadła pętlica, i wypadnięcie jelita rychło doszło do dużych rozmiarów. Gdy przybył wezwany Löwenstein, znalazł, że cała masa pętlic, wypadłszy przez otwór pępkowy, leży na zewnątrz. W jednem miejscu kiszki cienkiej, vis-a-vis nasady krezki, znajdował się okrągły otworek około 6 cm. średnicy, przez który wprowadzony zgłębnik wchodził bezpośrednio do światła kiszki. Z tego miejsca właśnie wychodził wyrostek, ciągnący do pępka. Po nałożeniu szwu kiszkowego wypadnięte pętlice były z powrotem wprowadzone do jamy brzusznej. Udało się to z dużą trudnością,

przyczem trzeba było znacznie rozszerzyć ranę brzuszną. Ranę brzuszną zupełnie zaszyto. Otrzewnej podczas całego zabiegu nie było widać, pozostała więc niedotknięta. Dziecko wyzdrowiało.

Ponieważ jednak otwarty uchyłek Meckela, powikłany wypadnięciem kiszek, zwykle prowadzi do zejścia śmiertelnego, trzeba więc jaknajwcześniej przypadek taki operować, by nie dopuścić do podobnych powikłań. Samoistne wyleczenie należy niewątpliwie do bardzo rzadkich. Leczono przetoki te również za pomocą przyżegań, wycięcia lub też podwiązania. Po podwiązaniu jednak następowało niekiedy wypadnięcie kiszek, wskutek czego chorzy umierali. Pernice stosował skrobanie ostrą łyżeczką, i w ten sposób wyleczył siedmiomiesięczne dziecko, które po 5 tygodniach było zupełnie zagojone. Jakoby twierdzi, że udało mu się wyleczyć przetokę pępkowokałową za pomocą dobrze uciskającej poduszeczki. Wszystkie te środki są jednak niepewne, a nawet niekiedy bardzo niebezpieczne.

Dlatego też Barth radzi postępować doszczętnie w sposób następujący: Cięcie koliste brzucha, zaczynające się 2 cm. powyżej, a kończące się 2 cm. poniżej pępka, odprowadzenie uchyłka do jamy brzusznej, wycięcie pępka, odcięcie uchyłka u nasady, następnie szew kiszkowy i szew na ścianę brzucha. W ten sposób były operowane 4 przypadki i wszystkie cztery z pomyślnym wynikiem.

* *
*

Przechodzimy teraz do przetok pępkowych ropnych. Powstają one zwykle wskutek spraw ropnych w przestrzeni podpępkowej. Pod przestrzenią podpępkową (Spatium subumbilicale) rozumiemy przestrzeń, podzieloną przez linię pośrodkową na dwa trójkąty. Podstawa tych trójkątów leży na linii pępkowej, wierzchołek pod pępkiem na 4 palce poprzeczne od tegoż, zewnętrzną granicę stanowi z każdej strony zewnętrzny brzeg mięśnia prostego (musc. recti), wewnętrzną zaś granicę dzielącą oba te trójkąty — smuga biała. Trójkąty te są jednakowo duże, i przytem tak oddzielone od siebie, że każdy może być oddzielnie zapełniony płynem. Leżą one pod warstwą mię-

śniową, od tyłu zaś przylega do nich powięź podpępkowa, czyli fascia transversalis.

Charry, który dokładnie zajmował się anatomią przedniej ściany brzusznej, dodaje, że przestrzeń podpępkowa leży w części przedotrzewnowo, w części przedpowięziowo.

Sprawy ropne, wychodzące z przestrzeni podpępkowej, były bliżej opisane przez Fischera. Przebieg ich jest ostry, lub przewlekły. Fischer miał możność spostrzegania pięciu takich przypadków ostrego ropnego zapalenia, czyli tak zwanej ropowicy podpępkowej, i we wszystkich znalazł ten sam charakterystyczny obraz kliniczny. Na początku chorzy mają dreszcze, a przez cały czas trwania choroby gorączkują i użalają się na bardzo silny ból w brzuchu, idący od pępka i rozchodzący się po całym brzuchu. Ból ten przy poruszaniu się chorego, lub też na ucisk wzmaga się jeszcze więcej, wobec czego chorzy leżą bardzo spokojnie na wznak, nogi mają zgięte, typ oddychania jest żebrowy, powłoki zaś brzuszne są mocno napięte. Objawom tym towarzyszą stale często powtarzające się wymioty, mdłości i omdlenia. Chorzy są bladzi, zapadnięci, kończyny ciepłe. Tętno przyspieszone, drobne. Pragnienie i uczucie strachu męczą ich.

Burzliwe te objawy są często tak groźne, że lekarze obawiają się, czy to nie sprawa wewnątrzotrzewnowa i robią jaknajgorsze rokowanie. Chorzy unikają wszelkiego napięcia tłoczni brzusznej i nie mają wskutek tego ani stolca, ani wiatrów, wskutek czego można przypuszczać niedrożność przewodu pokarmowego. Z początku skóra na brzuchu jest zabarwiona prawidłowo, na trzeci zaś dzień zaczyna poniżej pępka zabarwiać się na różowo. Z powodu silnego napięcia mięśni brzusznych i dużej bolesności badanie za pomocą macania na początku jest niemożliwe. Ściana brzucha jest wciągnięta najwięcej w okolicy pępka. Stan taki trwa 2—4 dni, po czasie tym wymioty i zapad ustępują, następuje wypróżnienie, zaczynają odchodzić wiatry, ból ogranicza się, i bolesność pozostaje teraz tylko w okolicy pępka. Tutaj widzimy zaczerwienienie skóry i obrzęk. Za pomocą możliwego obecnie obmacywania wyczuwamy twarde nieruchome nacieczenie kształtu trójkąta, którego boczne ściany stanowią zewnętrzne brzegi musc. reci, podstawa zaś jest zwrócona ku górze. Skóra w tem miejscu rucho-

ma; odgłos opukowy przytłumiony. Po upływie 9 — 12 dni objawy ogólne i miejscowa bolesność ustąpiły, a pod pępkiem wytworzył się dobrze ograniczony eliptyczny guz wielkości i kształtu pęcherza, zaczynający się na wysokości przedostatniej smugi ścięgnistej, znajdującej się tuż ponad pępkiem, a kończący się na wysokości ostatniej smugi ścięgnistej, leżącej pomiędzy pępkiem a miednicą. Guz ten staje się później widoczniejszy, wystając 5 — 6 cm. nad powierzchnią ściany brzusznej. Przy działaniu tłoczni brzusznej wystająca część guza zmniejsza się. Chełbotanie, z początku mniej wyraźne, staje się coraz bardziej wyraźniejsze. Następuje przedziurawienie i wyciekanie ropy, przytem zwykle w bliznie pępkowej.

W jaki sposób powstaje podrażnienie otrzewnowe, które na początku tworzenia się ropowicy podpępkowej daje taki groźny obraz kliniczny? Fischer sądzi, że staje się to wskutek bolesnego naciągania, wolnego rozciągania a w końcu przerywania się licznych pasm z tkanki łącznej, idących, według badań Richeta, od otrzewnej do tylnej pochewki m. prostego brzucha i do smug ścięgnistych. One to właśnie powodują wymioty i silne bóle.

Co się tyczy pochodzenia niektórych ropni w okolicy podpępkowej, to wiemy, że wytwarzają się one wskutek zmian chorobowych w dużych torbielach moczownika. Torbiele te są z początku bardzo nieznaczne i leżą w przestrzeni podpępkowej, jako resztki moczownika, później dopiero wytwarzają się z nich wielkie torbiele.

Rokowanie jest zwykle w tych przypadkach dobre. Acz kolwiek początkowe objawy kliniczne są bardzo burzliwe i groźne, to jednak dalszy przebieg cierpienia jest łagodny, i nie wzbudzający obawy, o ile nie zwleka się z zabiegiem chirurgicznym, polegającym na szerokiem otwarciu ropnia.

Ropnie przewlekłe w przestrzeni podpępkowej są zwykle pochodzenia gruźliczego. Po przedziurawieniu blizny pępkowej, prowadzą one zwykle do przewlekłych przetok pępkowych, z których wydziela się płyn ropny, a w razie wtórnego przedziurawienia się kiszki również i kał. Większość tych przypadków kończy się śmiertelnie z powodu gruźlicy ogólnej.

W okolicy pępka napotykamy również i promienicę. Tak naprzykład Fischer spostrzegał jeden przypadek, gdzie prze-

strzeń podpępkowa była wypełniona nacieczeniem promieniczem w postaci twardego, ograniczonego, wielkości jabłka, guza. Skóra nad guzem była ruchoma, niezmieniona. Z początku guz ten był rozpoznany, jako włókniak, i choremu zaproponowano operacyę. Chory na zabieg chirurgiczny nie zgodził się. Na początku cierpienia stan był bezgorączkowy, później występowały na zmianę zapalne nabrzmienia, ostre wybuchy i przerwy, podczas których chory czuł się zupełnie dobrze. Po upływie czterech miesięcy od chwili, jak chory zauważył swoje cierpienie, skóra, pokrywająca guz, była obrzęknięta, bardzo cienka i zaczerwieniona, a sam guz znacznie powiększony, miękki. Wtedy nastąpiło przerwanie się ropy na zewnątrz. Ropa ta zawierała nieznaczną ilość ziaren, a na trzeci dzień już domieszkę kału. Otwory przetoki leżały z obu stron linii pośrodkowej i w samym pępku, przytem pozostawały w łączności ze sobą. Próbowano wyłuszczyć i usunąć wszystkie podminowane, zgrubiałe, nacieczone masy i ropne ogniska, otoczone gąbczastą ziarniną, przyczem dotarto do przedziurawionych kiszek. Bardzo wyczerpany chory zmarł na 14 ty dzień po operacyi.

Co się tyczy przerywania się do przestrzeni podpępkowej oddalonych ognisk ropnych, to przedewszystkiem napotykamy je w ropniakach opłucnej. Są to przypadki bardzo rzadkie. Dotyczą one zaniedbanych ropniaków, które, przechodząc pomiędzy przednimi zębami mięśnia przeponowego, przedostają się do podotrzewnowej tkanki łącznej, stąd — do przestrzeni podpępkowej, i po przedziurawieniu blizny pępkowej wychodzą na zewnątrz.

Kilkakrotnie widziano, że również ropnie wątroby przesuwają się pomiędzy listkami więzu, podtrzymującego wątrobę (ligamenti suspensorii hepatis) i dochodzą w ten sposób do przestrzeni podpępkowej. Robis opisuje podobny przypadek, Bramann takiż sam, lecz więcej interesujący. Dotyczy on 45 letniej kobiety, która zachorowała wśród objawów wysokiej gorączki i silnych bólów w okolicy wątroby. Objawom tym towarzyszyły mdłości i wzdęcie brzucha. Wezwany lekarz znalazł z prawej strony powyżej pępka guz, wielkości pięści, na ucisk bolesny. Po czterotygodniowem stosowaniu okładów i jodynowaniu guz znikł. Po upływie 14 dni guz ten zjawił się znów,

lecz tym razem poniżej pępka. Stan ogólny chorej był znośny, żółtaczki nie było. W dwa lata później nastąpiło przedziurawienie blizny pępkowej, poczęła wydobywać się przez pępek mocno cuchnąca ropa, guz znikł, natomiast pozostała przetoka pępkowa. Po 16 latach chora przybyła do kliniki. Wtedy znaleziono na linii pośrodkowej brzucha guz kształtu jajka, idący od pępka aż do spojenia łonowego. Guz ten wyraźnie wyczuwał się po za ścianą brzuszną i był z tą ostatnią zrośnięty. W dolnej jego części leżały 4 kamienie żółciowe, wielkości jaja gołębiego każdy, prócz tego w guzie znaleziono wielowarstwowy płaski nabłonek. Że tą drogą kamienie żółciowe mogą przedostać się do pęcherza moczowego, widzimy to ze spostrzeżeń Fabera, Kollitina, Palletana, Güterbocka i t. d.

Ropnie przywyrostkowe również niekiedy przedostają się do przestrzeni podpępkowej, i powodują przetoki pępkowe, wydzielające ropę. W razie przedziurawienia kiszki ropa ta zawiera domieszkę kału, czyli mamy kałową przetokę pępkową.

Wreszcie w okolicy pępkowej były spostrzegane torbiele skórzaste, bąblowiec, pierwotne i wtórne raki. O ile w tych przypadkach dochodziło do zropienia, wtedy następowało przedziurawienie pępka i wytwarzała się przetoka pępkowa.

Rokowanie we wszystkich tych przypadkach przetok pępkowych, powstających na tle ropni wtórnych, jest daleko gorsze, aniżeli w przypadkach przetok, powstających z ropni pierwotnych.

Leczenie powinno polegać na jaknajwcześniejszem i jaknajgruntowniejszem usunięciu pierwotnego ogniska według zasad chirurgii współczesnej.

PIŚMIENNICTWO.

1. v. Ammon. Die angeborenen chirurgischen Krankheiten des Menschen.
2. Bramann. Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 36, S. 996.
3. Cadel. Jahresbericht Virchow-Hirsch. 1878. II, S. 416.
4. Deutsche Klinik. 1864. Bd. 16, S. 16.
5. Englisch. Archiv für Kinderheilkunde. II.
6. Fischer. Sammlung klinischer Vortrage von Volkmann. Neue Folge 89. Die Eiterungen im subumbilicalen Raume. 1894.

7. Goldschmidt. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 20 Kongress. 1890. S. 179.
8. Gerota. Anatomischer Anzeiger. 1896. XII, S. 89.
9. Hoffmann. Zur pathologisch-anatomischen Veränderungen des Harnstranges. Archiv für Heilkunde. 1870. Bd. 11, S. 387.
10. Jores. Deutsche med. Wochenschrift. 1899. Vereinsbeilage. S. 22.
11. Jakoby. Berliner klinische Wochenschrift. 1877. № 15.
12. König. Lehrbuch der speziellen Chirurgie 7 Auflage. 1899. Bd. 2, S. 224.
13. Kern. Ueber das offene meckelsche Divertikel. Beitrage zur klin. Chirurgie 1896. Bd. 19.
14. Körte. Ein Fall von Extirpation des persistierenden Ductus omphalomesentericus. Deutsche med. Wochenschrift. 1898. № 7.
15. Lexer. Ueber die Behandlung der Urachusfistel. Archiv für klin. Chirurgie. 1898. Bd. 57, S. 73.
16. Lexer. Magenschleimhaut im persistierenden Dottergang. Archiv für klin. Chirurgie. 1899. Bd. 59, S. 859.
17. Lene. Jahresbericht Virchow-Hirsch. 1878. II, S. 416.
18. Letendu-Voillmier nach Guterbock. Die chirurgischen Krankheiten der Harnorgane.
19. Lindner. Deutsche med. Wochenschrift. 1898. Vereinsbeilage. S. 172.
20. Ledderhose. Chirurgische Krankheiten der Bauchdecken.
21. Morian. Über das offene Meckelsche Divertikel. Archiv für klin. Chirurg. 1899 Bd. 58.
22. Nasse. Ein Fall von Enterokystom. Archiv für klin. Chirurg. 1893. Bd. 45, S. 700.
23. Roth. Ueber Missbildungen im Bereich des Ductus omphalo-mesentericus. Virchows Archiv. 1881. Bd. 86, S. 371.
24. Reichard. Centralblatt für Chirurgie. 1898. S. 587.
25. von Rosthorn. Ein Beitrag zur Kenntniss der angeborenen Nabelfistel. Wiener klin. Wochenschrift. 1889. № 7.
26. Stierlin. Deutsche med. Wochenschrift. 1897. № 12.
27. Schmidt's. Jahresbericht. 1873. Bd. 159, S. 58.
28. Tillmanns. Deutsche Zeitschrift für Chirurg. Bd. 18, S. 198.
29. Fr Villar. Tumeurs de l'ombilic. Paris. J. B. Ballière et fils. 1887.
30. Worster. Jahresbericht Virchow-Hirsch. 1877. II, S. 403.
31. Wutz. Ueber Urachus und Urachuscysten. Virchow's Archiv. 1883. 92.

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Payr. *O leczeniu ran przygodnych.*

W sprawie leczenia ran przygodnych interesują nas pytania następujące:

1) Czy należy uważać każdą ranę przygodną za zakażoną?

2) Czy jesteśmy w stanie usunąć zarazki z rany, lub uczynić je nieszkodliwymi?

3) Czy nasze metody odkażania nie są szkodliwe?

4) Czy jesteśmy w stanie uchronić ustrój od zakażenia ogólnego?

P. uważa każdą przygodną ranę za zakażoną, lecz opatrunek, a raczej rodzaj tegoż, wzgl. szew zależy od okoliczności i rodzaju rany. Do pierwszego udzielenia pomocy zaleca opatrunek, składający się z opaski, gazy, waty i fiolki z jodyną. Ta ostatnia służy do odkażenia skóry. Środki przeciwgnilne wcale rany odczyścić z zarazków głębszych nie mogą, a czynią to tylko mechanicznie, jako napewno czysty płyn. Do odkażania okolicznej skóry nadaje się jodbenzyna Heusnera, jodyna wzgl. płyny, ustalające drobnoustroje na skórze, jak np. mastyks, natomiast P. odrzuca dawne mycie skóry w okolicy rany. Jodyna wpływa zarazem na dobre ukształtowanie się blizny.

Do tamowania krwotoku nie używają już chirurdzy styptyków, bo inne sposoby jak ucisk, tamponada zawsze wystarczą. Niezmiernie wygodnemi okazały się tangencyalne szczypczyki do naczyń Blunka, odpada bowiem przy nich potrzeba nakładania podwiązki. W ranach przygodnych podwiązywać naczynia należy jedynie struną (P. zaleca jedynie jodową).

Sączki poleca znów P. szklane, a do szwu zamiast klamerek Michela „serresfines“ Herffa, dające się nakładać i zdejmować bez instrumentów. Jak długo drobnoustroje pozostają na wierzchu w ranie?

Friedrichs na mocy swych doświadczeń przekonał się, że wycięciem warstewki powierzchownej z rany w przeciągu 6 godzin udaje się zwykle uniknąć zakażenia. Po 8—10 godzinach

już i energiczne wycięcie nie pomaga. Wycięcie to stosuje też Payr ze znakomitym skutkiem w podejrzanych przygodnych ranach, o ile przez to zabieg nie staje się zbyt wielkim. Za to można potem szyć podobne rany. Granica 8 godzin u człowieka jest nieco zwykle dłuższa, bo 8—12 nieraz jeszcze.

Popełnia się często błąd w opatrywaniu ran, za silnie tamponując i przez to utrudniając odpływ wydzielin.

Z innych środków opatrunkowych zaleca Payr balzam peruwiański (działanie mechaniczne i chemiczne), wzgl. peru-lenicet.

Niektórzy chirurdzy wycierają rany zgęszczonym karbolem i przemywają wyskokiem. Korzystne to jest jednak chyba w gruźlicy, zwłaszcza kostnej. W razie ujawniającego się zakażenia zapobiegać się staramy dalszemu rozwojowi tegoż. Służą do tego celu między innymi okłady kwaśne, alkoholowe, zastoina wzgl. nowe nacięcia, sączkowanie i t. p.

Z cięższych powikłań wspomina P. o ropowicy gazowej, polecając postępowanie energiczne, jak wycinanie trzeszczących partyi a nawet odjęcie członków. Cięcia powinny być zawsze bardzo głębokie. Przy amputacyach nie krępujemy się obecnie skórą, bo nawet, jak to wykazał Kausch, amputować można spokojnie w jednej płaszczyznie, a potem części miękkie obciągnąć wyciągiem po za kikut kostny. W prowadzeniu głębokich cięć należy iść szparami koło naczyć, bo tędy też rozszerza się zakażenie. Tamponada naczyniom nie szkodzi i nie tworzą się wcale w żyłach przez to zakrzepy. W razie grożącego przerzucania się sprawy podwiązujemy odpowiednie żyły.

W ranach ziarninujących przyspiesza się wygojenie szwem następowym, przeszczepianiem skóry, maściami.

Rany postrzałowe leczy się obecnie jedynie zachowawczo.

Rany kąsane wycinamy, wypalamy, wstrzykujemy w okolicę wodę utlenioną, nadmanganian potasu, wzgl. podajemy surowicę antytoksyczną w ranach jadowitych. Po ukąszeniach żmij miejscowe usunięcie jadu, zastoina i spokojne ułużenie kończyny prowadzą zwykle do wyleczenia. Przy ranie kąsanej, zadanej przez zwierzę wściekłe, zaleca się wycięcie tejże i szeroka tamponada bez szwu (a równocześnie szczepienie ochronne).

Przy oparzeniach stosuje się: collodium (zapobiega tworzeniu się pęcherzy), zawiesinę dermatolu w rozczynie soli kuchennej, a na to watę, opaskę bizmutową i t. p.

W miejscowych odmrożeniach stosuje Rychter przekrwienie czynne i bierne.

Wobec obawy tężca wycinamy też energicznie ranę i stosujemy surowicę, wzgl. z rany w pnie nerwowe. Obecnie polecają wstrzykiwania curadinu i curadilu, brak jednak jeszcze doniesień o wynikach.

Leczenie zakażenia ogólnego stoi jeszcze w powijakach. Surowice jeszcze nie odpowiadają swemu zadaniu, a z innych— próbujemy leczenia solami srebra, zapobiegawczo stosujemy zastoinę i podwiązanie żył.

(Jahreskurse f. Ärztl. Fortbildung. XII. 1910).

A. KLĘSK.

Colmers. *O działaniu nowoczesnych pocisków.*

Bardzo zajmujące uwagi w sprawie nowoczesnych pocisków podaje Colmers na mocy swego doświadczenia w szpitalu w Sofii. Nowoczesny pocisk karabinowy działa bardzo różnie, zależnie od tego, czy jest na końcu owalny, czy spiczasty (ten ostatni używany w armii tureckiej i niemieckiej), a dalej—z jakiej odległości postrzał został zadany. Tak np. poniżej 100 metrów kula karabinowa powoduje mały otwór wejściowy, ale za to duży, nieraz większy od dłoni otwór wystrzałowy. Na szczęście postrzały z tej odległości są rzadkie. W chwili strzału kanał jest prostolinijny, ale zaraz wskutek zmiany pozycyi zmienia się w kręty, tak że kość może być zraniona zupełnie gdzieindziej, t. j. nie na przedłużeniu linii obu otworów.

Postrzały karabinowe najczęściej są ranami nie zakażonemi, a to ostatnie zwykle występuje wskutek wadliwego opatrywania, względnie tamponady, stosowanej z obawy krwotoku. W postrzałach czaszki, względnie mózgu najgorsze są strzały styczne do czaszki, bo prowadzą ze sobą wgłąb czaszki odłamy kości. Postrzały klatki piersiowej są śmiertelne tylko w razie uszkodzenia serca lub dużych naczyń.

Postrzały brzucha, nawet mimo zranienia kiszki, goją się bardzo dobrze nawet po postępowaniu zachowawczem, o ile kiszki były w czasie strzału nie napełnione, za pomocą dyety i spokoju. Przy postrzałach naczyń uszkodzona zostaje często ściana boczna i powstają wrzekome tętniaki, wymagające operacyi następowej. Szew naczyń krwionośnych znajduje obecnie coraz to szersze zastosowanie.

Przy porażeniu nerwu przy postrzale trzeba zaczekać, o ile nie ma się absolutnej pewności, że nerw został przerwany, 6—8 tygodni, bo liczne porażenia pierwotne ustępują z czasem same.

Tak zwane pociski śpiczaste, używane po stronie tureckiej, są znacznie mniej humanitarne, niż zwykłe kule cylindrowate. Pękają często w ciele, zniekształcając się, a co gorsze— mają punkt ciężkości umieszczony nie w środku, lecz nieco ku tyłowi i przez to nieraz obracają się w ciele, idąc najpierw częścią tępą. Zostają też one częściej w ciele, niż pociski cylindrowate. Natomiast pocisk śpiczasty jest lżejszy, więc wielka liczba naboi mniej obciąża żołnierza.

Pociski armatnie, zwłaszcza szrapnele (cylinder, mający w sobie około 200 kulek ołowianych, wielkości wiśni) powodują już rany często zakażone, bo zabierają ze sobą części ubrania, a kanał jest znacznie szerszy, co ułatwia zakażenie. Wogóle zranienia te przypominają dawne rany, zadane karabinami, nabijanymi od przodu.

Los zranionych zależy często więcej od jakości opatrunku i transportu chorego, niż od samego uszkodzenia.

(Frankfurter Zeitung. № 6. 1913).

A. KLĘSK.

Sattler. *Studya nad leczeniem gruźlicy chirurgicznej.*

S. poleca bardzo leczyć gruźlicę chirurgiczną wstrzykiwaniami zgęszczonego karbolu w ognisko chorobowe. Wstrzykuje dawki duże, bo nieraz 1 gm. pro dosi, i nie spostrzegał potem żadnych zaburzeń. Karboluria trwa około 3 dni i to w razie ogólnego schorzenia. Kwas karbolowy ścina zaraz białko komórek, pozostaje tam związany i powoli przenika dopiero w otoczenie. Ze krwią, ropą i płynami ciała tworzy zawiesinę, tak że autor nawet zamyśla wstrzykiwać karbol właśnie w postaci takiej zawiesiny. Wstrzykiwania te są prawie bezbolesne, a nawet po wstrzyknięciu spostrzega się nieraz ustanie istniejących bólów. Głównie udaje się to leczenie w zamkniętej gruźlicy gruczołów, skóry, stawów i kości. Przy istniejących ropniach działanie bywa wolniejsze. Najlepsze i najszybsze wyniki osiąga się przy caries sicca zwłaszcza ręki, łokcia i kolana, wolniejsze w gruźlicy stawu biodrowego i gruźlicy gruczołów i skóry.

Wstrzykiwania te działają też korzystnie w cierpieniach wiewiórowych i gośćcowych. Wstrzykuje się najpierw strzykawką Prawaza kilka kropli, potem dochodzi do grama co 2—3 tygodni. Leczenie to stosować można spokojnie i ambulatoryjnie, wspólnie z leczeniem ogólnem. Jest tanie i mało bolesne.

Przeciwwskazanie: gruźlica daleko posunięta, ogniska liczne, zły stan ogólny, wielkie otwarte rany.

(Verein Nordwestdeut. Chirurgen. XII Tagung. Bremen).

A. KLĘSK.

Brandes. *Przypadek śmierci wskutek zatoru po wstrzyknięciu maści bizmutowej (Becka) do otoku ropnego z przetoką.*

Leczenie przetok z pomocą wstrzykiwania maści bizmutowej Becka, aczkolwiek nieraz dające dobry wynik, nie jest wolne od niebezpieczeństw. W pierwszym rzędzie wchodzi tu

w grę zatrucie bizmutem, tego jednak możemy jeszcze uniknąć za pomocą odpowiedniego preparowania pasty lub wymywania jej ciepłą oliwą. Natomiast drugie groźniejsze niebezpieczeństwo powstać może wskutek zatoru bizmutem i właśnie B. opisuje podobny przypadek, który zakończył się śmiertelnie po wstrzyknięciu do przetoki płucnej ostrożnie około 40 cm.[3] bez wielkiego ciśnienia. Sekcya wykazała zaczopowanie masą naczyń płucnych, mózgu i nerek.

Podobny przypadek opisał już Alapy, a potem Eggenberger. Zapobiegać możemy wzgl. temu strasznemu powikłaniu, wstrzykując pastę wprost, bez cewnika, zwolna i bez większego ciśnienia.

(Münch. med. Woch. № 44. 1912).

A. KLĘSK.

Klotz. *Leczenie pituitryną w zapaleniu otrzewnej.*

K. bardzo zachęca na mocy swego doświadczenia wspomagać leczenie operacyjne zapalenia otrzewnej z pomocą wstrzykiwań pituitryny, ta bowiem po pierwsze działa krzepiąco na serce i podnosi ciśnienie krwi, dalej — wzmaga diurezę, a co także ważne, pobudza energicznie ruch robaczkowy znacznie lepiej, niż szkodliwy dla serca hormonal.

Przytem doszedł autor do przekonania, że nie powinno się jamy brzusznej zaszywać doszczętnie, lecz koniecznie sączkować. Ile razy K. nie sączkował, tyle razy wynik podnoszenia ciśnienia krwi po pituitrynie był chwilowy i przypadek kończył się niepomyślnie.

(Münch. med. Woch. № 38. 1912).

A. KLĘSK.

Caan. *W sprawie leczenia guzów złośliwych substancyami promieniotwórczemi.*

Nie ulega wątpliwości, że z pomocą radu osiągnąć można nieraz w powierzchownych rakach wyniki, graniczące niemal ze zupełnem wyleczeniem. Gorsze wyniki osiąga się za pomocą aktinium, obecnie zaś C. pragnie mówić o leczeniu preparatami toru, t. j. mesothorium i thorium X. Przez odpowiednie podawanie toru w kapsułkach filtruje się niepotrzebne promienie, zwłaszcza α i β. Prócz tego używa się filtrów aluminiowych, srebrnych, gumowych i t. d. Im dana tkanka leży głębiej, tem więcej trzeba promienie filtrować a przez to i dłużej posiedzenie stosować. Np. przy powierzchownych rakach stosuje się tor bez filtra, natomiast przy guzach głębszych stosować musimy już tylko twarde promienie β i γ z pomocą filtrów.

Co do zmian drobnowidzowych po stosowaniu toru, to w 6—8 dni zjawia się najpierw bujanie tkanki łącznej, podczas gdy w komórkach guza żadnych zmian jeszcze wykazać nie można, gdyż te (wakuole) zjawiają się zwykle dopiero po 2 tygodniach. Tkanka łączna rozdziela tymczasem komórki nowotworowe, zgniatając je niejako w sobie. Tu i owdzie spotyka się znów obumarcie i nacieki leukocytowe. Nie należy naświetlać ani zbyt słabo, ani zbyt mocno, i właśnie natrafienie na odpowiednią dawkę jest bardzo trudne. Dom samarytański w Heidelbergu rozporządza 250 miligramami (1 mg. kosztuje 150 marek) bromku mesotoru. Leczono nim 250 pacyentów i można śmiało powiedzieć, że wyniki osiągano wcale dobre nawet w takich przypadkach, jak raków przełyku, sutki, języka i t. p. Thorium X. jest to produkt przemiany mesotoru i stosuje się rozpuszczony w rozczynie soli kuchennej śródguzowo, śródżylnie, albo też wspólnie obu sposobami. Śródguzowe wstrzykiwania są bolesne i wywołują nieraz silny odczyn. Po wstrzyknięciu powinien też chory leżeć cały dzień, a potem przez 3—4 dni dbać o dobry stolec, by tor nie gromadził się w kiszkach, gdzie drażni bardzo błonę śluzową. Wstrzykiwania śródżylne stosuje się co najwyżej co 8 dni. Można też podawać tor wewnętrznie razem z kwasem krzemowym.

Działanie toru jest podobne, jak mesotoru i o wiele lepsze od radu. C. nie mówi naumyślnie o wyleczeniach, ale nieraz spostrzegał znikanie guzów, pakietów gruczołów, wsysanie się wysięków, gojenie się owrzodzeń, wpadające nieraz w oczy. Niestety, wyniki te są zwykle chwilowe i nawroty zjawiają się na nowo, ale i to już jest wielka nieraz wygrana.

Naturalnie—prócz toru stosować należy i inne sposoby leczenia guzów (tam gdzie nie można operować), jak wstrzykiwania salwarsanu, choliny, naświetlanie Röntgenem i t. p.

(Münch. med. Woch. № 1. 1913).

A. KLĘSK.

Lewin. *Postępowanie w sztucznem oddechaniu u pozornie zmarłych i duszących się.*

Stosowane dotąd powszechnie sposoby sztucznego oddechania mają liczne wady. Są one np. albo mało dokładne, albo też zbyt męczące dla ratującego. By temu zapobiedz, podaje L. specyalny stół do wykonywania sztucznego oddechania, łatwy w obsłudze. Na stole tym przymocowuje się pacyenta i przez opuszczania wywołuje sztuczny oddech, imitujący znane powszechnie wachania Schultzego. Przez to wykonuje się dokładny oddech, mózg ulega systematycznie przekrwieniu, wszelkie wydzieliny odpływają z dróg oddechowych łatwo, oddech

może robić spokojnie i bez zmęczenia i godzinami nawet niewprawna w tem osoba.

(Münch. med. Woch. № 47. 1912).

A. KLĘSK.

Hidaka. *Doświadczalne badania nad obfitością drobnoustrojów skóry zdrowych i chorych skórnie, i o wpływie na nią różnych fizycznych i chemicznych procedur.*

Skrupulatne badania autora doprowadziły go do następujących wniosków: Skóra grzbietu zawiera stosunkowo mniej drobnoustrojów, niż inne części ciała, np. tam, gdzie stykają się dwie pocące się fałdy. Stosunkowo znacznie mniej drobnoustrojów zawiera skóra dzieci poniżej 14 lat. Ludzie szczupli o skórze szorstkiej i pofałdowanej mają drobnoustrojów więcej, niż tędzy o skórze gładkiej.

Mężczyźni mają drobnoustrojów więcej, niż kobiety. Zwykła kąpiel letnia z mydłem zwiększa zawartość drobnoustrojów na skórze i dlatego należy po zwykłej kąpieli dodać natryski lub zmywania wodą czystą. Zmniejszają zawartość drobnoustrojów skóry lampy Röntgena i kwarcowa, natomiast lampa uwiolowa jest bez wpływu.

Przyłożenie na skórę opatrunku z maścią (bez antyseptyku) np. z wazeliną, maścią cynkową, zwiększa ogromnie liczbę drobnoustrojów, natomiast zmniejszają liczbę drobnoustrojów skóry okłady kwaśne, a zwłaszcza spirytusowe.

(Medizin. Klinik. № 44. 1911).

A. KLĘSK.

Delbet. *O utworzeniu połączenia pomiędzy przyjądrzem a nasieniowodem.*

U pacyenta, u którego brak było plemników z powodu przebytego obustronnego zapalenia najądrza, dokonano następującego zabiegu: nacięcie tunicae vaginalis, a potem przyjądrza, prostopadłe do przebiegu tegoż, wycięcie głowy i ogona i części nasieniowodu, wszczepienie błony śluzowej nasieniowodu w głowę przyjądrza. Operacya podobna na stronie drugiej. W rok po operacyi wykazano plemniki w nasieniu, a w 2 miesiące potem żona pacyenta zaszła w ciążę.

W piśmiennictwie opisano 7 przypadków podobnej operacyi. W 6-iu wynik ujemny, w 7-ym już 8-go dnia po operacyi plemniki w nasieniu i zapłodnienie żony.

(Acad. de med. Paris. Styczeń. 1912).

A. KLĘSK.

Janssen. *Zaopatrywanie pęcherza moczowego po cięciu nadłonowem.*

Coraz to częstsze obecnie operacye pęcherza (stercz) wymagają dokładnej rewizyi sposobów zaopatrywania rany pęcherza, ewentualna przetoka pooperacyjna jest bowiem dla pacyenta cierpieniem tak samo nieraz dokuczliwem, jak poprzednia choroba. Ideałem więc powinno być staranie się o pierwotny kompletny szew pęcherza. Do tego pamiętać należy o następujących szczegółach.

Powinniśmy prowadzić cięcia gładkie. Lepiej zrobić w pęcherzu cięcie większe, niż małe, które palcami ciągle nadrywamy. Nie należy prowadzić cięcia skórnego, zwłaszcza u osób tęgich, w poprzecznej fałdzie, bo skóra potem źle się schodzi, lecz poniżej tejże. Inne warstwy rozdzielamy w linii środkowej. Gdy pęcherz jest mały, należy go przedtem uruchomić zwłaszcza na boki, i dopiero otworzyć i to trójgrańcem, a potem nożem, a to celem uniknięcia zakażenia rany całej przez zalanie tejże silnie zakażonym często moczem. Krwotok po operacyi należy bardzo sumiennie zatamować, i dopiero przystąpić do właściwego szwu. Nieraz trzeba tamponować chwilę szyję pęcherza, najlepiej gazą wioformową, lub też cewnikiem Pezzera. Zwykle mocz krwawy odchodzi jeszcze 10—20 godzin po operacyi.

Pęcherz J. zeszywa w zupełności z pomocą dwóch pięter. Szew dolny strunowy ciągły obejmuje ścianę pęcherza z wyjątkiem błony śluzowej, a potem drugie piętro—szew Lemberta przy czystej operacyi jedwabny, przy zakażonej—struną Kuhna. W razie niedomykalności szwu trzeba być przygotowanym na szybkie odciąganie całej wydzieliny. Do tego służy sączkowanie dalszej rany.

Najlepiej czynić to sączkiem szklanym, który wsuwamy aż do sąsiedztwa szwu, i to nie przez zeszytą skórę, lecz z osobnego przecięcia skóry tuż po nad spojeniem. Unikać też należy skrupulatnie wszelkiego nagromadzenia się krwi w ranie brzusznej, i J. poleca w tym celu na 2—3 dni wkładać po nad szwem skórnym sączek 2—3 cm. długi.

Cewnik w pęcherzu tkwić powinien 12—14 dni.

Postępując w ten sposób, możemy zupełnie spokojnie zaszywać prawie zawsze pęcherz na głucho i wtedy wyjątkowo doczekamy się powikłań lub trwałej przetoki.

(*Münch. med. Woch.* № *3. 1912*).

A. KLĘSK.

Casper. *O kamieniach nerkowych i moczowodowych.*

Rozpoznanie kamieni nerkowych i moczowodowych obecnie jest znacznie pewniejsze dzięki rentgenografii. Objawy podmiotowe w kamieniach zawodzą często, bo krwawienia występować mogą i w innych cierpieniach a — naodwrót — nieraz istnieć mogą kamienie bez krwotoków. Podobnie rzecz ma się z bólem, ba — nawet ból występować może na stronie przeciwnej.

Parcie na mocz w ataku jest tem silniejsze, im kamień leży niżej, zwłaszcza w moczowodzie. Wyczuwać udaje się kamienie niezmiernie rzadko.

Bardzo pewne dane otrzymujemy przy badaniu promieniami Röntgena, a jedynie nie dają obrazów dokładnych małe kamyki moczowe, a zwłaszcza szczawianowe. W tem badaniu zajść też mogą pomyłki, mianowicie—cienie od żeber, zwapniałych gruczołów, kamieni kałowych i t. p. Pomagamy tu sobie zdjęciami w różnych pozycyach i wsuwaniem mandrynu do moczowodu.

Badać należy zawsze obie nerki promieniami Röntgena, razem z moczowodami.

Leczenie kamieni może być symptomatyczne lub operacyjne. To ostatnie w razie uporczywych bólów, krwawień i t. p.

Przeciwko bólom stosuje się narkotyki lub—co bardzo dobrze robi:

Rp. Glycerini 150,0
T-rae aurant.
T-rae amar.
aa. 5,0.

S. Co 3 godz. łyżkę.

Środek ten działa bardzo dobrze, czasem jednak wywołać może krwiomocz lub biegunki. Prócz tego w ataku zalecamy gorące okłady, pobudzamy diurezę i wstrzykujemy morfinę, zalecając bezwzględny spokój. Z moczowodów udaje się czasem kamienie wypłukać, wstrzykując do nich jałową oliwę lub glicerynę.

Z operacyi wchodzą tu w rachubę: nacięcie nerki, miedniczki lub moczowodu, wzgl. wycięcie nerki, gdy jest zniszczona.

Można czekać z operacyą, gdy bóle lub krwawienie występują rzadko, a mocz nie jest zakażony.

Bezmocz jest też naturalnie wskazaniem do operacyi.

Bardzo ważną rzeczą jest umiejętne zapobieganie nawrotom, a to za pomocą polecenia odpowiedniego trybu życia

(ruch) i dyety. Równocześnie leczymy przyczynę, np. zakażenia dróg moczowych płukaniami miedniczek.

Przy kamieniach z kwasu moczowego zalecamy dyetę roślinną, przy szczawianowych zakazujemy szpinaku, szczawiu, jabłek, pomidorów i t. p. Prócz tego wogóle wobec skłonności do kamieni zalecamy alkalia, odpowiednie wody alkaliczne, pobudzamy diurezę. Magn. carbonicum jest bardzo polecenia godne w kamieniach szczawianowych.

Skłonność do tworzenia się kamieni jest często dziedziczna.

(Medizin. Klinik. № 40. 1912).

A. KLĘSK.

Suter. *O trwałych wynikach 60 wycięć nerki z powodu gruźlicy.*

Na mocy zestawienia Wildbolza wiemy, że z nieoperowanych gruźlic nerek najmniej 70% umiera rychło, a odwrotnie z operowanych 75% zostaje wyleczonych, względnie znajduje się w możliwym stanie zdrowia. Wynika z tego, że w tej chorobie jedynie racyę bytu ma wczesne operowanie t. j. wtedy, gdy ognisko chorobowe siedzi w nerce i nie zeszło do pęcherza. Dlatego też i rokowanie nasze zależy od stanu pęcherza. Gdy tenże przed operacyą jest zdrów, i rokowanie będzie znacznie lepsze. Niestety — pacyenci zgłaszają się często dopiero wtedy, gdy zaczną odczuwać wybitne objawy pęcherzowe.

Rozpoznanie zrobić możemy prawie wyłącznie tylko z pomocą cewnikowania moczowodów. Separatory zawodzą często, względnie dają mylne wyniki.

W swoich 60 przypadkach osiągnął autor 56% wyleczeń, 34% popraw, śmiertelność bezpośrednia 16%, dalsza 6,6%. Wikła przebieg gruźlica części rodnych i sterczu, występująca zwłaszcza u mężczyzn w połowie przypadków. Dlatego też u kobiet wyniki operacyjne są lepsze.

Autor w leczeniu uznaje tylko wycięcie nerki, nacięcie rzadko prowadzi do zupełnego wyleczenia, podobnie leczenia wewnętrzne, tuberkulinami, Röntgenem i t. p. To ostatnie zaleca Bircher w sprawach obustronnych i do leczenia pęcherza po wycięciu nerki. Lekarz praktyczny powinien każdy podejrzany nieżyt pęcherza odsyłać do chirurga.

(Münch. med. Woch. № 45. 1912).

A. KLĘSK.

Dandoy. *O leczeniu gruźlicy dróg moczowych tuberkuliną.*

Autor podaje 8 przypadków gruźlicy dróg moczowych, wyleczonych za pomocą wstrzykiwań tuberkuliny. Jednej z chorych usunięto nerkę gruźliczą, pomimo to stan ogólny nie poprawił się wcale; dopiero pod wpływem kilkumiesięcznej tuberkulinizacyi nastąpiło wyleczenie. W drugim przypadku w 5 lat po wycięciu nerki gruźliczej wystąpiły objawy gruźlicy pozostałej nerki i pęcherza moczowego. 6 miesięczna tuberkulinizacya dała $1^1/_2$ roku trwające wyleczenie. Pozostali chorzy nie byli operowani.

We wszystkich tych przypadkach autor miał do czynienia z gruźlicą rozwiniętą, z objawami ze strony pęcherza moczowego, ze stanem podgorączkowym, z pałeczkami Kocha, ropą i czerwonemi ciałkami krwi w moczu, z ogólnem wycieńczeniem. Autor robił wstrzykiwania według metody Keersmaeckera, polegającej na długotrwałem wstrzykiwaniu minimalnych dawek tuberkuliny (Denys). Dawki, stale zwiększające się, K. uważa za szkodliwe. Wstrzykuje się 1 — 2 razy tygodniowo 9-y roztwór tuberkuliny Denys ($^1/_{110,000,00}$), zwykle w ilości 0,1, wyjątkowo 0,2 na dawkę.

Jeżeli mocz chorych zawierał oprócz gruźliczych i inne drobnoustroje, to jednocześnie z wstrzykiwaniami chorym dawano do wewnątrz środki antyseptyczne (Salol), albo też jeszcze płukano pęcherz i wstrzykiwano lapis, protargol. Po takiem postępowaniu autor w jednym tylko przypadku miał podniesienie ciepłoty po wstrzyknięciu tuberkuliny; nie miał też nigdy prawie odczynu na miejscu wstrzyknięcia; dość często zato spostrzegał objawy miejscowe ze strony dróg moczowych w postaci bólu, parć; wtedy albo przerywał na pewien czas wstrzyknięcia, albo też zmniejszał dawki i wstrzykiwał je rzadziej.

Za konieczne uważa autor baczne śledzenie ogólnego stanu chorych: chory dostaje szemat, na którym musi stale zapisywać ciepłotę ciała, liczbę oddawania moczu, wagę ciała. Chory musi przestrzegać hygieny i zachowywać ścisłą dyetę. Dlatego też autor uważa za zupełnie chybione stosowanie tuberkuliny w szpitalu, a także u chorych biednych, żyjących w lichych warunkach hygienicznych i dyetetycznych.

Autor jest zwolennikiem długotrwałej tuberkulinizacyi — robi wstrzykiwania co najmniej kilka miesięcy, w razie potrzeby — parę lat.

W kilku przypadkach Dandoy stosował jednocześnie, albo uprzednio — wstrzykiwanie śródżylne hetolu według Landerera, i chociaż miejscowej poprawy nie widział, stwierdzał zawsze dobroczynny wpływ tego środka na łaknienie i wagę chorych.

Należy podkreślić, że Dandoy nie jest bynajmniej przeciwnikiem leczenia chirurgicznego: według niego, obydwie metody powinny wzajemnie dopełniać się; w przypadkach gruźlicy szybko postępującej, z rozległem zniszczeniem nerki pierwszeństwo należy się leczeniu chirurgicznemu; w przypadkach gruźlicy wczesnej należy zacząć od tuberkuliny, jak również tam, gdzie operować już nie można, np. gdy pozostała nerka też chora i wymaga leczenia.

Do pracy tej autor dołączył piśmiennictwo, dotyczące tuberkulinizacyi w urologii od 1891 r. do maja 1911 r. Autor obiecuje podać do wiadomości ogólnej jeszcze kilkanaście przypadków pomyślnych, a także przypadki niepomyślne, gdzie tuberkulina zawiodła zupełnie.

KOLISKO.

Casper. *O wyłączaniu pęcherza moczowego w ciężkich postaciach gruźlicy tegoż narządu.*

Zdarza się nieraz w następstwie wycięcia nerki z powodu gruźlicy, że sprawa w drugiej nerce względnie w pęcherzu rozwija się dalej i zjawiają się okropne bóle pęcherza, wymagające zabiegu. W dwóch przypadkach zastosował C. wyłączenie pęcherza—raz ze skutkiem pomyślnym trwałym, drugi raz—z dobrym, ale chwilowym, bo chora zmarła. Wyłączamy pęcherz z pomocą nefro- lub ureterostomii. Skutek co do bólów zwykle jest bardzo dobry.

Ewentualnie można przyjść z ulgą pęcherzowi za pomocą wytworzenia przetoki nadłonowej, lub u kobiet pochwowej. Bardzo trudno naturalnie potem utrzymać chorych sucho i operacya ta powinna być zawsze „ultimum refugium".

(Posiedz. Tow. lek. berlińsk. J. II. 1912).

A. KLĘSK.

Lehmann. *O wskazaniach do odłuszczania torebek nerek.*

Wprawdzie projekt Edebohlsa oparty został na fałszywem założeniu, mimo to odłuszczenie nerek okazało się w wielu przypadkach korzystne. Nawet w przewlekłem zapaleniu nerek za pomocą zabiegu tego osiągano poprawę stanu ogólnego.

Odłuszczenie jest wskazane przedewszystkiem w t. zw. nefralgiach i angioneurotycznych krwotokach. Nieraz zabieg ten ratuje życie w oligurii i anurii, a zwłaszcza w uremii wskutek ostrego zajęcia nerek. Natomiast w uremii w przebiegu przewlekłego zajęcia nerek można próbować odłuszczenia jedynie w razie zaostrzenia się sprawy, w razie gdy nerki są jeszcze zdatne do pracy. Wynik operacyi polega jedynie tylko

na uwolnieniu nerki z ucisku, a przez to na chwilowej poprawie krążenia i cechuje się zaraz wydatną diurezą.

(Berlin. klin. Woch. № 4. 1912).

A. KLĘSK.

Läwen. *O wstępnem ogrzewaniu pary eteru i chloroformu dla uśpienia.*

Wprawdzie uśpienie nie jest jedyną przyczyną powikłań płucnych, jest wszakże jedną z ważniejszych. Niepoślednie przytem miejsce odgrywa w uśpieniu oziębianie się ciała wśród narkozy drogą dróg oddechowych. Wynosi ono nieraz przeszło jeden stopień. Natomiast za pomocą ogrzewania narkotyku ten spadek ciepłoty może być zmniejszony. Podano nawet już w tym celu różne przyrządy i maski (Joss, Hafenann, Haun, Longard, Davis i t. p.). Autor zaś podaje przyrząd, a raczej maskę, która dozwala z pomocą termoforów nawet na silne ogrzewanie wzgl. rozcieńczonej pary chloroformu i eteru. Próby z tą maską wypadły pomyślnie i nie spostrzegano zupełnie przytem spadku ciepłoty.

Zwłaszcza nadaje się ten rodzaj uśpienia w długich operacyach brzusznych i w zabiegach, gdzie stwarzamy bardzo dużą ranę (odjęcia sutki), a w końcu w shocku i operacyach na osobnikach skrwawionych.

(Münch. med. Woch. № 40. 1911).

A. KLĘSK.

Simon. *Wstrzykiwania pantoponoskopolaminy, jako wstęp do uśpień i znieczuleń.*

Wstrzykiwania pantoponoskopolaminy przed operacyami mają znacznie lepszy skutek od stosowanej dawniej morfinoskopolaminy, co autor stwierdził na 550 chorych.

Wstrzykiwania te stosuje się celem zamroczenia i operowania w niem — co udaje się jedynie w zabiegach mniejszych, jak przeszczepiania, redressements i t. p.; dalej — jako kombinacya znieczulenia miejscowego (wole, przepukliny), lub przed uśpienieniem wdechowem.

Co do dawki, to na $1^1/_2$ godziny przed operacyą podaje S. 0,02 pantoponu podskórnie, a w godzinę 0,02 pantoponu + 0,0007 skopolaminy.

Od czasu stosowania pantoponu wyniki są znacznie lepsze, niż po morfinie. Sen jest dobry i lekki, pantopon wstrzyknięty podskórnie nie wywołuje zaparcia.

Poleca też autor to zamroczenie wspólnie ze znieczulaniem pni nerwowych w większych operacyach na kończynach. Kom-

binacya zamroczenia wspomnianego z uśpieniem ma też liczne zalety. Oszczędza narkotyku, znosi okres podniecenia, zmniejsza częstość wymiotów i przypadłości oddechowych, czyniąc sen nie tak bardzo głębokim, jak zwykle przy uśpieniu samem, a dla operacyi dostatecznym (brak opadania języka i szczęki).

U kobiet i mężczyzn słabych stosować należy mniej skopolaminy (0,0004 — 0,0003).

(Münch. med. Woch. № 32. 1911).

A. KLĘSK.

Brunn. *Metoda „gaza-eter“ — najprostszy sposób usypiania eterem.*

Dawniej przypuszczano, że do uśpienia eterem potrzeba dużo narkotyku, wzgl. duszności, i w tym celu służyły maski Julliarda i Wanschera. Obecnie wiemy, że można bardzo dobrze usypiać i kroplami, chodzi tylko o to, by eter nie parował bardzo na masce, a przez to nie wywoływał oziębienia. Dlatego też do usypiania eterem nie nadaje się zwykle maska Schimmelbuscha, natomiast bardzo prosto a znakomicie można usypiać, kładąc na twarz 8—12 warstw gazy i w miarę potrzeby zmieniając je lub dokładając nowe np. co minutę. Sposób ten wypróbował autor przez $1^1/_2$ roku w klinice Perthesa w Tybindze z bardzo dobrym skutkiem. Jeżeli jeszcze zważymy, że nie potrzeba do tego maski, sposób „gaza-eter“ jest chyba najprostszy ze wszystkich, odpowiadający odkażaniu skóry jodyną.

(Münch. med. Woch. № 17. 1912).

A. KLĘSK.

Hagemann. *O śródżylnem uśpieniu eterowem.*

Autor zachwala bardzo śródżylne uśpienie eterowe na mocy doświadczeń z kliniki Königa w 11 przypadkach. Trwanie uśpień od 40 minut do przeszło nieraz dwóch godzin bez zaburzeń, choć czasem wprowadzono do 4 litrów płynu. Zwykle w 15 minut po dawce 300 — 400 cm. występowało stadyum tolerancyi.

Uśpienia przebiegały spokojnie, budzenie rychłe. Zakrzepów nie spostrzegano (trzeba płyn wprowadzać bez przerw). Uśpienie to ma zarazem działanie pobudzające serce i puls nieraz po niem staje się lepszy, niż przed operacyą.

Autor radzi posługiwać się rozczynami 4,68% a nie 5% a uzyskuje się go, używając ogrzewanego zwolna do 38^0 (a nie 28^0 jak radzi Burkhardt) rozczynu 5%.

(Münch. med. Woch. № 28. 1911).

A. KLĘSK.

Kisch. *O eterowej narkozie kroplowej po poprzednim wstrzyknięciu pantoponu i atropiny z kwasem siarkowym.*

W uśpieniu eterowem starano się złagodzić złe uśpienie wstrzykiwaniem morfiny przed rozpoczęciem uśpienia, a to celem psychicznego uspokojenia chorych, zmniejszenia stanu podniecenia i oszczędzenia zużytego narkotyku, a dalej przez podawanie atropiny celem zmniejszenia ślinotoku. Becker w tym ostatnim celu dodawał do eteru 20 kropli ol. pini pumilionis na 200 grm. eteru, co jednak nie okazało się praktyczne. Zamiast atropiny, zastosowano potem skopolaminę, ta jednak działa indywidualnie różnie i nie jest pozbawiona niebezpieczeństw w użyciu.

K. zamiast tego podaje bardzo dobrą kombinacyę, bo zamiast morfiny — pantopon, a zamiast skopolaminy lub atropiny t. zw. atropinę z kwasem siarkowym. Pantopon nie dzieli wad morfiny w postaci wpływu ujemnego na tętno i oddechanie (zwolnienie), nie działa też ujemnie na ruch robaczkowy kiszek, i nie wywołuje wymiotów, prócz bowiem morfiny mamy w pantoponie papawerynę, tebainę i laudaninę, które działają podrażniająco na ośrodki rdzeniowe. Podobnie podskórne podawanie pantoponu nie działa na kiszki. K. podaje 0,02 pantoponu + 0,001 atropiny z kwasem siarkowym i to na $^1/_2$ godziny przed zamierzonem uśpieniem, gdyż przekonał się, że ta pora jest najodpowiedniejsza, zwłaszcza jeżeli chce się wpływać łagodząco na stadyum podniecenia.

T. zw. atropina z kwasem siarkowym przedstawia się jako ciało, oddziaływujące obojętnie, krystalizujące w pryzmach, łatwo rozpuszcza się w wodzie gorącej i zawiera 10% atropiny mniej, niż siarkan atropiny. Działa też o wiele łagodniej od tej ostatniej.

Wstrzyknięta na $^1/_2$ godziny przed operacyą powoduje w 88,6% ustanie ślinotoku, co trwa i po obudzeniu się, natomiast nie wstrzymuje ona potu, co nieraz jest bardzo dla chorego korzystne.

Natomiast jest ona o połowę mniej trująca od siarkanu atropiny.

Stosowanie powyższej kombinacyi środków wywołuje spokojne uśpienie a i powikłania płucne występują przytem o wiele rzadziej.

(Münch. med. Woch. № 7. 1913).

A. KLĘSK.

Stieda i Zandler. *Oszołomienie chlorkiem etylu i znaczenie tegoż w praktyce.*

Autorowie zalecają gorąco oszołomienie chlorkiem etylu, które da się łatwo i bez niebezpieczeństwa osiągnąć przez położenie kilku płatków gazy na nos pacyenta (przy zamkniętych ustach) i nakropieniu 10 — 20 kropli chlorku etylu z rury (płyn odchodzi kroplami, gdy wentyl otworzymy częściowo). Oszołomienie to dozwala na wykonanie krótkich zabiegów, jest łatwe, tanie (7 fenigów porcya), środek oszołomiający jest zawsze gotowy pod ręką, nie wymaga asysty, instrumentaryum, można je wykonać i w pozycyi siedzącej, a po zabiegu pacyent może zaraz iść do domu.

Nie należy tylko dopuścić do uśpienia głębokiego, co wydarzyć się może, jeżeli używamy maski szczelnej i dajemy zadużo płynu. Przeciwwskazane jest to oszołomienie u pijaków (zwykle nawet u nich nie udaje się) i u osób histerycznych. Można nieraz cały czas rozmawiać z pacyentem, a on potem nic o tem nie wie.

(Medizin. Klinik. № 12. 1912).

A. KLĘSK.

Hirschel. *Znieczulanie splotu barkowego w pasze w zabiegach operacyjnych na kończynie górnej.*

Z pomocą wyrobionej techniki można cienkiemi długiemi igłami dokonywać różnych rozległych nieraz znieczuleń. Obawa uszkodzenia przytem naczyń krwionośnych jest przesadzona, bo naczynie usuwa się z zasady przed cienką igłą, a choćby nawet zostało nakłóte — to nie jest to wielkie nieszczęście, przynajmniej do większych krwawień nie dochodzi nigdy. Nowokaina jest środkiem, który można wstrzykiwać bezkarnie i w większej ilości, nawet w 2 — 3% rozczynach (20 — 40 cm.^{3}). Znieczulenie trwa potem do 2 nieraz godzin.

Np. technika znieczulenia kończyny górnej jest następująca: wyszukuje się tętno tętnicy pachowej i wstrzykuje koło niej z jednego otworu w pasze 30 — 40 cm.^{3} 2% nowokainy z adrenaliną. Zwykle po 10 — 30 minutach występuje znieczulenie, idące od barku ku palcom. Czasem nie schodzi ono aż do ostatnich falang (lecz tu używamy znieczulenia Obersta). Znieczulenie jest tak silne, że operowano w niem: odjęcia ramienia, skrobania, składania kości, szwy ścięgien i t. p.

H. zarzuca sposób Brauna znieczulania w dołku nadobojczykowym (gdzie mają być łatwo dające się wyczuć punkty

kostne do oryentacyi), bo sposób opisany jest pewny a bardzo łatwy i prosty.

W znieczuleniu tem wykonano 25 operacyi.

(Münch. med. Woch. № 22. 1912).

A. KLĘSK.

Siebert. *O kilku nowszych sposobach znieczulania, ze szczególnem uwzgędnieniem znieczulenia splotowego.*

Z nowszych sposobów znieczulania znajduje coraz to szersze zastosowanie znieczulenie krzyżowe. Wykonuje się je w pozycyi siedzącej, wyszukując guzy krzyżowe, a pomiędzy nimi łatwo napinającą się błonę i wbija w nią pod kątem 20^0 igłę a po przebiciu przechyla się igłę ku przodowi i górze i wsuwa na 3—4 cm. głęboko. Wtedy można wstrzykiwać płyn znieczulający, a pacyent doznaje przytem parestezyi od kolan w dół. Wstrzykiwać trzeba wolno rozczyn na 100^3 c. wody:

Rp. Natr. bicarb. (Merck) 0,2
Natr. chlorat. 0,2
Novocaini 0,75

z tego około 25 cm. sz. wzgl. z dodatkiem adrenaliny. Natomiast t. zw. wysokie pozaoponowe znieczulanie nie ma racyi bytu, bo nie przedstawia mniejszych niebezpieczeństw, niż oponowe, a jest mniej pewne.

Próbuje się też obecnie znieczulania t. zw. przykręgowego. Igłę wbija się tu na 3,5 cm. od linii środkowej po dolnym brzegu żebra, idąc ku wewnątrz i ku przodowi i wstrzykując równocześnie płyn. Wzgl. robi się w kilku miejscach w miarę rozległości operacyi. Skórę znieczulać należy osobno, bo nerwy mają tu połączenia z partyi wyższych. Znieczulenie to trwa dość długo (dłużej od rdzeniowego), natomiast jest ono technicznie trudne i bolesne i otrzewna często przytem nie jest zupełnie znieczulona.

Dobre natomiast wyniki daje znieczulanie nerwu trójdzielnego, a zwłaszcza splotu barkowego. S. postępuje przy tym ostatnim podług Kulenkampfa. Splot wyszukuje się tam, gdzie on biegnie tuż koło tętnicy podobojczykowej pomiędzy obojczykiem a pierwszem żebrem, co zwykle odpowiada na zewnątrz połowie obojczyka

Wyszukuje się więc najpierw tętnicę, i po umocowaniu sobie tejże wkłuwa się igłę trochę nazewnątrz od niej w kierunku 2 — 4 kręgu piersiowego wzgl. aż do pierwszego żebra, przyczem pacyent odczuwać powinien parestezye w palcach (medianus) i paluchu (radialis). Na zakończenie rozmasowuje

się dane miejsce. Nie należy obawiać się zranienia tętnicy, bo nawet i to niewielką szkodę wywiera.

Zwykle początkujący idzie zagłęboko lub zanadto daleko od tętnicy. Po wstrzyknięciu występuje ciężkość barku wzgl. porażenie mięśni barku lub całej kończyny, i znieczulenie trwa średnio $1^1/_2$ godziny.

Gdy pierwsze wstrzyknięcie nie wywołało znieczulenia po 15 minutach, robimy drugie mocniejszym rozczynem. Czasem zjawia się przemijające uczucie ciężkości w piersiach, pochodzące od niedowładu nerwu przeponowego.

Wspomniane sposoby znieczulania mają wielką przyszłość przed sobą, są po pewnej wprawie bardzo łatwe w wykonaniu a wdzięczne i pewne.

(Medizin. Klinik. №. 48. 1912).

A. KLĘSK.

Perthes. *O znieczuleniu w przewodnictwie z pomocą podrażnienia elektrycznego.*

Znieczulanie nerwów w przewodnictwie zyskuje coraz to szersze rozmiary. Aby pewne wyszukiwanie odpowiedniego nerwu ułatwić, postępuje P. w ten sposób, że łączy igłę strzykawki z prądem elektrycznym, wyszukuje z pomocą niego nerw i wtedy dopiero wstrzykuje rozczyn znieczulający. Łączenie i wyłączanie prądu odbywa się z pomocą kontaktu nożnego, by nie zajmować wyjałowionych rąk operatora. Już podczas wstrzykiwania drgania mięśni stają się słabsze, a w końcu ustają zupełnie. Do znieczulania używa P. 3% nowokainy, a przedtem wstrzykuje pantoponoskopolaminę, bo nie potrzeba przytem podmiotowych zeznań pacyenta. Znieczulenie trwa $1^1/_2$—$2^1/_2$ godzin. W ten sposób udaje się pewnie i dobrze znieczulać nerw udowy, kulszowy, zasłonowy, splot barkowy i t. p.

Doskonałe usługi oddaje to znieczulanie w leczeniu rwy kulszowej. Nerw kulszowy wyszukuje P. w fałdzie pośladka na brzegu mięśnia dwugłowego, w głębokości 5—6 cm. Przy drażnieniu igłą kurczą się mięśnie łydki i kolano się zgina. Nerw udowy wyszukuje się, wbijając igłę 2 cm. poniżej więzu pachwinowego na zewnątrz od wyczuwalnego tętna tętnicy udowej. Drgają przy drażnieniu tutaj przedewszystkiem część mięśnia czworogłowego. Przy operacyach kolana trzeba znieczulać także nerw zasłonowy. Wyszukuje się go, wbijając igłę na zewnątrz tuberculum pubicum aż do os pubis. Gdy igła dojdzie do kości, cofa się ją trochę i potem obniżając wchodzi po brzegu kości do otworu zasłonowego. Drgają przy drażnieniu mięśnie przywodzące udo.

Splot barkowy znieczula P. sposobem Kuhlenkampffa. Igłę

wbija powyżej obojczyka, na zewnątrz od wyczuwalnego pulsu tętnicy podobojczykowej w kierunku 3-go kręgu szyjnego.

W znieczuleniu tem wykonywa P. i największe zabiegi swobodnie.

(Münch. med. Woch. № 47. 1912).

A. KLĘSK.

Hirschel. *Znieczulenie miejscowe w operacyach gardła i przełyku.*

Znieczulenie miejscowe w operacyach w gardle i przełyku ma pierwszorzędne znaczenie ze względu na unikanie uśpienia i wdechania krwi.

Dawniej próbowano znieczulać miejscowo gardło z pomocą ostrzykiwania pola operacyjnego, co jednak z jednej strony było dla pacyenta bardzo uciążliwe, z drugiej dla operatora zmudne i zacierające obraz anatomiczny. Z tego powodu H. zachęca do stosowania nowego sposobu, a to z pomocą znieczulania w przewodnictwie przedewszystkiem nerwu językowo-gardłowego (glossopharyngeus) wzgl. i błędnego. Technika następująca: Wkłuwa się długą cienką igłę strzykawki (po powierzchownem znieczuleniu podskórnem) w wymiarze poprzecznym czaszki, tak by koniec igły szedł skośnie ku przodowi na tylnej części proc. articularis żuchwy wzgl. przy wyrostku sutkowym i przednim brzegu mięśnia sterno-cleido-mastoideus na 3 — 4 cm. głęboko ku condylus occipitalis. Wtedy zaczynamy wstrzykiwać 10—15 cm. 2% nowokainy, posuwając przytem igłę tam i z powrotem. Znieczulenie występuje dobrze, choć bezpośrednio nie dotrzemy nawet do nerwów, wychodzących — jak wiadomo — przez foramen jugulare.

Co do topografii, to pamiętać należy, że nazewnątrz od nerwów leży żyła szyjna wewnętrzna, na wewnątrz zaś nerw językowogardłowy, a w środku — błędny. Ewentualnie potem znieczulamy jeszcze podskórnie partye pod szczęką i wzdłuż szyi ku dołowi $^1/_2$% nowokainą, aby znieczulić nerwy skórne szyjne i nerw uszny duży.

Zwykle potem udaje się operować zupełnie spokojnie w tem znieczuleniu. Nerw bowiem językowogardłowy zaopatruje całe gardło, korzeń języka, a błędny przełyk i krtań. Jeżeli przy operacyi okaże się, że trzeba operować i wyżej, np. miękkie podniebienie, język, nagłośnię, to znieczulamy jeszcze gałęzie II i III nerwu trójdzielnego przy otworze okrągłym i owalnym.

Wstrzykiwania z pomocą cienkich bardzo igieł nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, nawet w wyjątkowym wypadku zranienia dużych naczyń, należy jednak iść wolno bez zbytniej siły i ciągle płyn wstrzykiwać, poruszając strzykawką.

Naturalnie u osób zbyt wrażliwych znieczulania miejscowego stosować nie można.

(Münch. med. Woch. № 44. 1912).

A. KLĘSK.

Schepelmann. *O znieczulaniu preparatami chininy, specyalnie sinekainą.*

Już przed rokiem ogłosił S. swe doświadczenia na zwierzętach i ludziach ze znieczulaniem z pomocą chininy. Używa do tego celu 3% chininum muriaticum z dodatkiem antipyriny i adrenaliny. Obecnie zaleca S. do użytku specyalne ampułki „Velox" z denkiem z błonki gumowej, w których znajduje się rozczyn chinin-pyrazolonu z dodatkiem adrenaliny pod nazwą sinekainy. Sinekaina wywołuje dobre i pewne znieczulenie, a jest mniej trująca od kokainy, nie należy jej tylko stosować u osób źle odżywionych i w tkankach silnie napiętych, bo można przez to wywołać obumarcie brzegów rany, względnie — złe gojenie się. Próbuje też S. sinekainy na zwierzętach do wykonywania znieczuleń rdzeniowych, na razie jednak u człowieka tego jeszcze polecać nie może.

Do znieczulania błon śluzowych jako smarowanie chinina nie nadaje się mimo zalecań Ephraima tak ze względu na niszczenie nabłonka, jako też z powodu przykrego a uporczywego gorzkiego smaku, jaki pozostawia po sobie.

(Medizin. Klinik. № 43, 1912).

A. KLĘSK.

Stoffel. *Przyczynki do racyonalnej chirurgii nerwów.*

Chcąc osiągnąć w operacyach wytwórczych na nerwach dobre wyniki, należy postępować racyonalnie, a więc — nie jak dotąd robiono — brać byle jaki płat z brzegu i wszczepiać go w drugi gdzie bądź, ale trzeba znać dokładnie anatomię topograficzną przekrojów nerwów i operować tylko odpowiednie włókna nerwowe. Jedynie takie postępowanie jest słuszne, ale wymaga też odpowiednich wiadomości przedwstępnych, a zwłaszcza ćwiczenia się na zwłokach. Żaden nerw nie jest jednolitą całością, lecz składa się z wielkiej liczby odrębnych włókien, podobnie i mięsień, a kształcenie mięśni, czyli tak zwana wprawa, polega właśnie na ciągłem emancypowaniu tych jednostek.

Badając mięśnie gołem okiem na zwłokach, widzimy nieraz, jak one są różnie zbudowane u ludzi. U jednych stanowią rzekomo jednolitą masę, u innych składają się z pojedynczych partyi mięśniowych, bo są więcej wyrobione. Tak np. nadają

się do przeszczepiania bardzo dobrze włókna nerwowe dla głów mięsnia trójgłowego, dla obracania okrągłego zginacza dłoni, na nodze—trójgłowego łydki, drogi zginaczy kolana i t. d.

S. podaje następnie swe typowsze rodzaje zabiegów.

W porażeniu musc. deltoideus przeszczepia ze zdrowego n. radialis drogę dla długiej i środkowej głowy mięśnia trójdzielnego na porażony nerw pachowy.

W porażeniu mięśni pośladkowych przeszczepia drogi nerwów pośladkowych na nerw kulszowy. W porażeniu mm. peronaei przeszczepia znów odpowiednią drogę na n. peroneus superficialis i t. d. Odpowiednie włókna nerwowe wyszukujemy, o ile nie są porażone—prądem, o ile zaś są porażone, musimy zdać się już na nasze wiadomości anatomiczne, a położenie tych włókien jest bardzo stałe.

Wyniki osiągane przez t. zw. racyonalną chirurgię nerwów są bardzo dobre i nawet nie można ich przyrównywać do dawnych, operowanych bez danych anatomicznych, gdzie poprostu przypadek zrządzał, że operator do przeszczepienia użył właściwej części odpowiedniego nerwu.

(Münch. med. Woch. № 4. 1913).

A. KLĘSK.

Förster. *Wskazania i wyniki wycinania tylnych korzeni.*

Głównie wchodzą w rachubę trzy grupy cierpień:

1) Silne bóle nerwów (38 przypadków zebranych z piśmiennictwa). Tutaj osiąga się pożądany wynik w $^1/_3$ przypadków. Wycięcia powinny być przytem rozlegle, np. dla kończyny górnej od trzeciego szyjnego do 2—3 piersiowego, dla dolnej od 10 piersiowego do 5 krzyżowego i t. p.

2) Żołądkowokiszkowe kryzy (44 przypadków z piśmiennictwa). Tutaj przeważnie osiąga się wynik choć chwilowy. Wycięcie najmniej od VII—X piersiowego; czasem po operacyi rozwija się podrażnienie sąsiednich korzeni.

3) Spastyczne porażenie (104 przypadki, z tego w 13 zejście śmiertelne).

Najlepsze wyniki u dzieci w chorobie Littlego (59 przypadków w 46 wynik). Nie należy operować dzieci o małej inteligencyi, bo potem w leczeniu następowem współdziałanie chorego jest konieczne. Proces chorobowy powinien być już na ukończeniu i być rzeczywiście centrypetalny. I tu też należy operować rozlegle, bo od tego nieraz zależy wynik operacyi. Konieczna jest naturalnie choć pewna pozostałość innerwującej drogi pyramid.

(Wiener klin. Wochenschr. № 25. 1912).

A. KLĘSK.

Stoffel. *Nowa operacya celem usuwania porażeń spastycznych.*

Stoffel w miejsce operacyi Förstera—trudnej, ciężkiej a nieraz bezowocnej na stałe, poleca swój zabieg obwodowy, polegający na częściowem wycinaniu pęczków nerwów ruchowych w przebiegu. Przez to zyskuje się niejako równowagę w mięśniu, a antagoniści już nie przeważają. Przy niektórych mięśniach udaje się przecinać włókienka nerwowe tuż przy wejściu do mięśnia (np. przy musc. gastrocnemius), u innych trzeba to czynić w przebiegu nerwu, co jednak przy wprawie nie jest trudne, albowiem włókienka mają swą stałą topografię w pniu nerwowym.

Tak np. przy nervus medianus strona przednia (volar) odpowiada musculus pronator teres, flexor carpi radialis i palmaris longus od strony łokciowej, od tyłu znów leżą pęczki dla m. flexor digitorum sublimis i profundus. Można się o tem także przekonać względnie drażnieniem elektrycznem. Należy rezekować bardzo niewiele—lepiej zamało, niż zadużo. Po dokładnem zoryentowaniu się w topografii trzeba przedtem jeszcze operacyę rzeczoną przerobić na zwłokach. Po operacyi w 3—5 dni zaczynamy zaraz ćwiczenia z antagonistami, czyniąc dwa razy dziennie ćwiczenia odpowiednie, by takowe wzmocnić.

Stoffel ma nadzieję, że swoją operacyą usunie zupełnie wogóle potrzebę operacyi plastycznych na mięśniach i ścięgnach. Dotychczas statystyka jego obejmuje 12 przypadków. Z tego 12 razy operował spasmus tricipitis surae, 6 razy—adduktorów uda, 6 razy—pronatorów i zginaczy ręki, po trzy razy zginaczy palców i kolana, po razu palców, quadriceps uda i mm. tibiales anticus i posticus. Operacya jest mała, łatwo w kilka minut wykonalna. Jedynie przy palcach ze względu na wielkie trudności niewykonalna.

Trzeba znać jednak dokładnie topografię przebiegu włókien w przekroju nerwu.

Używa autor do operacyi specyalnych delikatnych narzędzi, jak nożyków i szczypczyków, wyrabianych do tego celu przez firmę Binglera w Ludwigshafen.

(*Münch. med. Woch. № 47. 1912*).

A. KLĘSK.

Wierzejewski. *Przypadek porażenia n. peronaeus po osteotomii podudzia. Zarazem przyczynek do nauki o wgajaniu się ciał obcych.*

U 6-cio letniej dziewczynki wystąpiły po osteotomii podudzia z powodu genu valgum i redresyi ręcznej coxa vara

objawy porażenia nerwu strzałkowego. Z początku odnoszono je do naciągnięcia nerwu kulszowego, gdy jednak nie ustępowały, w 5 tygodni odsłonięcie nerwu. Znaleziono go całym lecz spłaszczonym i napiętym na kości, co odnieść należy do poprzedniej operacyi. Odsunięcie okostnej i ścięcie części zewnętrznej główki kości strzałkowej. Potem celem zapobiegnięcia zrostom umieszczenie nerwu w prezerwatywie (Fischblase).

Wygojenie zupełne. W pół roku dziewczynka zmarła na szkarlatynę i wskutek tego autor miał sposobność badać drobnowidzowo nerw i osłonkę, przyczem przekonał się, że nerw zupełnie przyszedł do stanu prawidłowego. Czynność rychło po drugiej operacyi wróciła. Osłonka zaś zgrubiała i zupełnie oddzieliła nerw od tkanek sąsiednich, ochraniając go zupełnie od zrostów. Tkanka łączna w wielu miejscach przerosła osłonkę. Wobec tego może W. polecić jedynie ten materyał do wszelkich plastyk, jako ochraniacz przed zrostami.

Przygotowanie prezerwatywy jest następujące:

12 godzin w formalinie (10%), potem 12 godzin w wodzie przegotowanej, następnie 10 — 15 minut gotowania i przechowywanie do użytku na szpulce szklanej w 95% alkoholu.

W zakładzie Biessalskiego w Berlinie od 2 lat używa się tego materyału do plastyk, i ani razu nie wyropiał.

(Medizin. Klinik. № 49. 1910).

A KLĘSK.

Riedel. *Wczesna operacya choroby Basedowa.*

Na mocy swych przypadków stara się Riedel udowodnić, że osiąga się przy operacyi gruczołu w chorobie Basedowa wyniki tem lepsze, im wcześniej się operuje.

A zwykle właśnie postępowanie jest odwrotne, t. j. operacyę uważa się jako ultimum refugium.

Na szczęście na 100 operacyi nie miał R. ani razu zejścia śmiertelnego. Po operacyi zwykle najpierw znika męczący chorych nerwowy niepokój, potem drżenie, w następstwie zwykle już wolniej uspokaja się akcya serca, a najtrudniej ustępuje wytrzeszcz gałek ocznych, i dlatego wynik naoczny wydaje się niewielki. Pacyenci przybierają na wadze i podmiotowo czują się zupełnie dobrze.

Natomiast po operacyach wczesnych, nawet tam, gdzie niema wybitnie zwiększonego gruczołu, lecz inne objawy są wyraźne, wyniki są znakomite i trwałe. Usuwać należy gruczołu bardzo dużo, mniej więcej $^9/_{10}$ i to lepiej obustronnie, niż z jednej strony całą np. połowę, a z drugiej nic. Szanować należy tylną torebkę i przecinać zawsze isthmus.

Pomaga rozpoznaniu i nieraz daje znać o wyniku leczenia charakterystyczny obraz krwi, podany przez Kochera.

(Münch. med. Woch. № 28. 1912).

A. KLĘSK.

Ankietę w sprawie chirurgicznego leczenia choroby Basedowa rozpisała Medizinische Klinik, a mianowicie—odpowiedzi żądano na 3 następujące pytania:

1) Które postacie wola nadają się najlepiej do leczenia chirurgicznego choroby Basedowa?

2) Czy są przypadki zupełnego wyleczenia po operacyi tam, gdzie długie leczenie wewnętrzne zawiodło?

3) W których przypadkach zawodzi leczenie operacyjne lub daje powikłania?

Co do pytania pierwszego, to prawie wszyscy, biorący udział w ankiecie, chirurdzy oświadczyli, że rodzaj wola jest tu obojętny. Co do drugiego, to odpowiedź przeważnie jest twierdząca. Körte nie radzi operować przy zmianach w sercu i charłactwie, de Quervain, wbrew zdaniu Kochera, nie operuje zbyt wczas t. j. jeszcze wtedy, gdy objawy są nieznaczne, a wole nie nadaje się swymi rozmiarami jeszcze do zabiegu. Eichhorst zapatruje się na wynik operacyi pesymistycznie, choć nie przeczy, że widział wyleczenia, najczęściej jednak po operacyi występują tylko podmiotowe polepszenia.

Niestety, nie zawsze możemy ze względu na stan np. serca operować tak rozlegle, jakby należało i np. Enderlen dlatego twierdzi, że operacya jednostronna nie prowadzi zwykle do celu, a na obustronną nie zawsze serce pozwala.

Ewentualnie należy więc potem operować następowo stronę drugą.

W przypadkach ciężkich trzeba być przygotowanym po operacyi (zwłaszcza na 2 — 3 dzień) na ciężkie nieraz zapady, zwłaszcza jeżeli tchawica była uciśnięta przez gruczoł.

Operować powinno się o ile możności w znieczuleniu miejscowem.

A. KLĘSK.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

M. Traugott i O. M. Kuester. *O wartości preparatu suchego w badaniu wydzielin narządów rodnych.*

Badanie wydzielin narządów rodnych kobiecych za pomocą preparatów suchych jest metodą łatwą i przystępną w zwykłej praktyce lekarskiej, gdy idzie: 1) o określenie zarazków w odchodach połogowych; 2) o rozpoznanie danej sprawy zakaźnej; 3) o zrobienie rokowania.

Gdy idzie o drobnoustroje wiewiórowe, metoda ta bezwarunkowo stanowi najważniejszy środek badania, w innych razach preparaty suche mogą być tylko środkiem pomocniczym, wymagającym potwierdzenia wyników za pomocą hodowania drobnoustrojów, lub też mogą dać wyniki zupełnie ujemne, gdyż drogą hodowli otrzymuje się wyniki inne. Szczególnie niepewne są badania paciorkowców za pomocą preparatów suchych wydzielin odnośnych. Autor badał 144 razy wydzieliny pochwy pod względem obecności paciorkowców; oto wyniki: w 50% przypadków z pewnością rozpoznanych paciorkowców na preparatach suchych hodowla wykazała błędność tego badania, w 20% — preparaty suche dawały wyniki zupełnie ujemne, co nie zgadzało się z dodatnim wynikiem hodowli, w 26% — przypuszczalne rozpoznawanie paciorkowców na suchych preparatach okazało się mylne.

Badania wydzielin macicy autor wykonał w 1067 przypadkach, i otrzymał wyniki zupełnie podobne do powyższych. Wnioskuje więc: 1) że preparaty suche wydzielin macicy lub pochwy nie mają dużej wartości pod względem rozpoznawania zarazków w odchodach połogowych; 2) że nie decydują, czy zarazki, znalezione w odchodach porodowych, są tam tylko przypadkiem, lub czy są one natury gnilnej lub zapalnej; 3) że żadnego rokowania na podstawie tych preparatów ustalić się nie da. Wszystkie te wnioski nie odnoszą się do przypadków, w których otrzymuje się na suchych preparatach zarazki wiewiórowe.

(Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. XXXV. Z. 6. 1912).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Fromme i Collmann. *Znaczenie rozpoznawcze i lecznicze szczepionki wiewiórowej w wiewiórze kobiety.*

Autorowie zaznaczają na wstępie, że leczenie zachowawcze w wiewiórze wstępującym daje lepsze wyniki, niż leczenie chirurgiczne. Jednak nie przeczą, że wyniki są jeszcze dalekie od doskonałości, albowiem zaledwie 60—70% pacyentek, leczonych metodą zachowawczą, zostają wyleczone. Ideałem byłoby odsunąć zabiegi chirurgiczne do jeszcze dalszych granic, szczególniej u kobiet młodych, które nie doszły jeszcze do okresu przekwitania. Zupełne zaniechanie leczenia operacyjnego jest niemożliwe wobec w wielu przypadkach odporności pacyentek na leczenie zachowawcze.

Ostatnimi czasy zaczęto próbować leczenia surowicą, wziętą u ludzi z wiewiórem przewlekłym, lub u zwierząt, zarażonych tymże, lecz wyniki tych prób były ujemne. Inaczej stoi sprawa z uodpornieniem czynnem za pomocą wstrzykiwania szczepionki wiewiórowej, otrzymywanej metodą Bruck-Schindlera lub Wright-Reitera.

Autorowie kładą nacisk na to, że w stosowaniu wyżej wzmiankowanych szczepionek należy zwracać uwagę na odczyny miejscowe w okolicy wstrzyknięcia, i na odczyn ogólny, jak gorączka, niepomyślny stan ogólny, ból głowy, dalej na odczyn ogniskowy, jak silniejszy wyciek lub krwotok, silniejsze bóle w miejscu schorzałem. Te dane bowiem posłużą za wartościowy materyał dla rozpoznania różniczkowego.

Przed wyłożeniem wyników badań osobistych, autorowie podają w krótkości ustalone już poglądy na znaczenie lecznicze tej metody. Obecnie wiadomo, na zasadzie doświadczenia licznych autorów europejskich i amerykańskich, że działanie szczepionki przeciwwiewiórowej na wiewiór ostry lub przewlekły cewki moczowej u mężczyzny jest bardzo słabe. Takież zapalenie gruczołu krokowego również nie poddaje się wpływowi szczepionki. Zato leczenie szczepionką zapalenia najądrza u mężczyzn, a u kobiet — guzów wiewiórowych w przydatkach, lub ostrego zapalenia pochwowowargowego u młodych dziewczynek, lub też swoistego zapalenia stawów daje najlepsze wyniki, bo w tych razach wyleczenie bywa często zupełne. Pomimo danych powyższych dużo jeszcze pozostaje w tej sprawie do wyświetlenia.

A) Wyniki leczenia szczepionką przeciwwiewiórową Reitera. Dla celów rozpoznawczych należy wstrzyknąć 0,5 cm.^{3} szczepionki Reitera: występują bóle w podbrzuszu w 2—3 godziny po wstrzyknięciu i trwają 3—18 godzin, co ma być objawem ogniskowym swoistym. Autorowie, by wypróbować to twierdzenie wynalazcy powyższej szczepionki, zastosowali ją

u 80 pacyentek, wstrzykując 0,5 cm.^{3} w udo. Pomiędzy tymi 80 przypadkami było: 6 świeżych wiewiórów, 60 guzów przydatków według wszelkiego prawdopodobieństwa pochodzenia wiewiórowego, 2 — świeżych wiewiórów macicznych, 10 zaś — najprawdopodobniej zupełnie zdrowych kobiet. Odczyny są następujące: a) miejscowe: zaczerwienienie skóry i ból; b) ogniskowe: bóle w podbrzuszu — trwające 8—9 godzin, upławy, krwawienia; c) ogólne: ciepłota 37,5^0, zmęczenie, bóle głowy, wymioty.

Objawy miejscowe są silne w świeżym wiewiórze cewki i macicy; u pacyentek z guzami przydatków brakowały w 7-iu przypadkach; z drugiej strony — wystąpiły bardzo silnie w 4 ch przypadkach, mniej silnie — w 2 ch z pomiędzy 10 zdrowych kobiet. A więc, znaczenie rozpoznawczoróżniczkowe tych objawów jest wątpliwe.

Objawy ogniskowe: tylko w 2-ch z pomiędzy 8-iu świeżych przypadków wiewióra było widać silne upławy po wstrzyknięciu; nie było bólów w 35-iu przypadkach z pomiędzy 60-iu guzów przydatkowych, tylko w 7-iu były silne bóle w podbrzuszu, bóle w krzyżu, mdłości. Podobne objawy stwierdzono u 3 pacyentek bez wiewióru—jedna była virgo intacta z włókniakiem. A więc i te objawy są pozbawione wartości różniczkoworozpoznawczej.

Objawy ogólne. Zmiany ciepłoty ciała nie było u pacyentek ze świeżym wiewiórem cewki moczowej, jakoteż u tych, które nigdy nie miały wiewióra. Z pomiędzy 60 guzów prawdopodobnie wiewiórowych przydatkowych tylko w 6-iu ciepłota dosięgała 37,5^0, u 1-ej było 38,8^0, u 1-ej 39^0. Jedna tylko z tych, które miały świeży wiewiór macicy, miała 38,5^0 ciepłoty. A więc i ten objaw nie ma absolutnego znaczenia różniczkoworozpoznawczego.

Wartość lecznicza szczepionki Reitera zdaje się być lepsza. Były w ten sposób leczone tylko przypadki napewno wiewiórowe. Wstrzykiwano w udo pod skórę co 4 dni 0,3 — 0,5 ccm. szczepionki, podnosząc dawkę za każdym razem o 0,1 ccm., dochodzi się aż do 1,0 — 1,3 ccm., nie więcej. W przypadkach świeżego wiewióra cewki moczowej, szyi macicznej i samej macicy wpływ szczepionki jest żaden, albowiem sprawa zapalna rozwija się dalej. Wpływ dodatni daje się widzieć tylko w przypadkach wiewiórowych ropniaków jajowodów. Pod wpływem leczenia tego przedewszystkiem objawy podmiotowe bardzo szybko znikają, co świadczy pomyślnie o wpływie szczepionki, ustępowały mianowicie bóle samoistne i na ucisk, które przedtem często powracały, zmuszając nieraz do zabiegu operacyjnego.

Zmiany objektywne. Leczono 45 przypadków świeżego

wiewióra i ropniaków jajowodów. Zupełne zniknięcie zmian miejscowych i bólów było u 10-iu pacyentek = 22,2%, polepszenie znaczne u 19-u = 42,2%, słabe polepszenie u 6-iu = 13,3%, bez polepszenia u 10-iu = 22,2%. Zbyt świeże wiewióry, jakoteż zbyt zadawnione guzy przydatków na leczenie szczepionką nie reagują. Najlepiej leczą się przypadki ze świeżo ukształtowanymi ropniakami jajowodów: tu otrzymuje się zupełne wyleczenie jak w zapaleniu najądrza.

B) Wyniki leczenia szczepionką antygonoroiczną Brucka, zwaną artigonem. Autorowie postawili sobie tu te same zadania, co wyżej. Trzymali się przepisów Brucka i Schindlera. Artigon wstrzykiwano w mięśnie pośladkowe; początkowe ilości artigonu były 0,5 ccm., gdy ciepłota wzmagała się, czekano 4—5 dni, by tę samą dawkę wstrzyknąć. Jeśli po drugiem wstrzyknięciu odczyn był słabszy, to po 4—5 dniach wstrzykiwano 1,0 ccm., później 1,5—2,0 ccm., ale nie wyżej.

Wartość różniczkoworozpoznawcza. U kobiet zdrowych i w przypadkach ze sprawami zapalnemi i zadawnionemi—podniesienia gorączki nie widać. Toż samo da się powiedzieć o czystych wiewiórach cewki moczowej i szyi macicznej bez innych powikłań. Inaczej ma się rzecz, gdy zapalenie wiewiórowe zdołało już wywołać zmiany w jajowodach; w tych przypadkach użycie 0,5 ccm. artigonu często wywołuje podniesienie ciepłoty: z pomiędzy 50-ciu pacyentek 12 razy było 37^0—$38,5^0$, 9 razy—38^0—39^0. Odsetek przypadków z podniesioną ciepłotą będzie wyższy, jeżeli uwzględni się i te, w których ciepłota zwiększa się dopiero po drugiem wstrzyknięciu 1,0 ccm., lub po trzeciem — 1,5 ccm. 1,0 ccm. dał podniesienie temperatury: 7 razy $37^0,5$—38^0, 5 razy 38^0—39^0, zaś 1,5 ccm. dały: 2 razy $37^0,5$—38^0, 1 raz 38^0—39^0, 1 raz wyżej 39^0. A zatem wstrzyknięcie 0,5—1,5 ccm. artigonu dało podniesienie ciepłoty 37 razy z pomiędzy 50 pacyentek. Podniesienia ciepłoty nie było u pacyentek z wygasłemi już ogniskami zapalnemi w jajowodach. Autorowie sądzą, że świeży ropniak wiewiórowy jajowodów da się odróżnić od ciąży pozamacicznej za pomocą wstrzyknięcia w mięśnie pośladkowe 1,0 ccm. artigonu: podniesienie ciepłoty do 38^0 przemawia na korzyść ropniaka.

Odczyny miejscowe są słabe. Odczyny ogniskowe występują często: 38 razy na 50 przypadków, a więc są ważne dla rozpoznania.

Wartość lecznicza. Poprawa podmiotowa następuje wcześniej, niż rzeczowa: 70% (na 50 pacyentek) czuło się po skończonej kuracyi zupełnie lub prawie zupełnie dobrze.

Zmiany rzeczowe: zmniejszenie guza jajowodu w 4 przypadkach, zniknięcie tego guza w 4-ch przypadkach, co stanowi 8%, 21 razy zaś czyli w 42% była znaczna poprawa. A zatem

zaledwie w połowie przypadków stan rzeczowy poddał się wpływowi leczniczemu artigonu.

Na zasadzie powyższego autorowie wnioskują, że dla leczenia swoistą szczepionką najlepiej nadaje się świeże ropne zapalenie wiewiórowe, i to w chwili, kiedy ropniak całkowicie ukształtował się, a okres gorączki już przeminął. Odporności na nowe zakażenia swoiste leczenie nie daje.

Omawiana metoda lecznicza ma jednak swoją przykrą stronę, wywołuje bowiem objawy nieprzyjemne po wstrzyknięciu, a mianowicie: mdłości, wymioty, szybkie chudnięcie, biegunkę. Zdarza się to jednak nie u wszystkich kobiet.

Autorowie radzą używać w celach leczniczych, zarówno jak i dla celów rozpoznawczych — małych dawek szczepionek swoistych: można używać bez różnicy szczepionki Reitera lub artigon, ponieważ wyniki nie tyle zależą od rodzaju szczepionki, ile od sposobu ich stosowania.

W końcu autorowie zaznaczają, że wszystkie ich przypadki były poddawane wyłącznie działaniu szczepionki, by udział tej ostatniej w leczeniu mógł być ściśle określony. A zatem sądzić należy, że wyniki byłyby jeszcze lepsze, gdyby jednocześnie z wstrzykiwaniami szczepionki stosowano jeszcze inne środki leczniczozachowawcze.

(Prakt. Ergebn. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. IV, zesz. I. 1912).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Herff. *Operacyjne trzebienie, czy z pomocą promieni Röntgena?*

Autor zastanawia się w swej pracy, któremu rodzajowi trzebienia—operacyjnemu czy rentgenowskiemu — oddać należy palmę pierwszeństwa, i przechyla się ku operacyjnemu, zwłaszcza—stosowanemu celem tamowania krwotoków i zmniejszania pośredniego mięśniaków macicy.

Trzebienie operacyjne prowadzi znacznie prędzej i pewniej do celu, niż rentgenowskie, jest tańsze a nawet w rzeczywistości wywołuje mniejsze uszkodzenia, niż naświetlania (spalenie, raki i t. p.), natomiast daje naturalnie większą śmiertelność i powoduje większe objawy utraty czynności jajników, niż jak to ma miejsce po wolnem niszczeniu jajników z pomocą promieni.

Te ostatnie stosować należy również tam, gdzie chorzy boją się noża, lub też gdzie ze względu na powikłania na razie operować nie można.

(Münch. med. Woch. № 1. 1912).

A. KLĘSK.

J. Veit. *Leczenie operacyjne ropnicy porodowej.*

Autor podaje w tej pracy wyniki swojego doświadczenia w sprawie podwiązywania żył w ropnicy porodowej. Jest to sprawa względnie świeżej daty, bo dopiero w 1894 roku pierwszy poruszył ją Sippel. Pierwsze operacye, dokonane przez Freunda, Bumma, Trendelenburga, Michelsa były dosyć niepomyślne, bo dawały nieznaczną odsetkę wyzdrowień. Prace Bumma, Lenhartza i Kownatzkiego udoskonaliły metodę tego zabiegu i wyjaśniły różne strony tego zagadnienia. Dużo pomimo to jest jeszcze niejasnego i nieustalonego. Naprzykład, autor uważa, że śmiertelność w takich przypadkach wynosi mniej więcej 80%, Fromme na zasadzie przeglądu 51 przypadków podaje 19 wyzdrowień, czyli odsetkę śmiertelności znacznie niższą. Nie są również ustalone wskazania, kiedy operować, a kiedy wstrzymać się od zabiegu. Autor oprócz swoich osobistych spostrzeżeń padaje w streszczeniu przegląd odnośnego piśmiennictwa.

O przyczynach ropnicy autor sądzi, że przedewszystkiem trzeba przypuszczać podatność narządów rodnych, a w pierwszym rzędzie—osłabienie macicy wskutek rozciągnięcia lub wyczerpania. Również trzeba brać pod uwagę zakażenie macicy, jej nacieczenie surowicze, co, obok zatrzymania łożyska, sprzyja temu, że światła naczyń żylnych dłużej pozostają otwarte. Jeśli wtedy zarazki dostają się do odchodów porodowych, rozszerzenie się zakażenia przez żyły i tworzenie się zakrzepów jest ułatwione.

Za jeden z zarazków swoistych tego rodzaju ropnicy uważa autor beztlenowe paciorkowce; tlenowe paciorkowce figurują tu tylko, jako powikłanie. Pierwsze nie są pochodne od drugich i znajdują się w pochwie, jako zarazki pierwotne. Ten rodzaj paciorkowców nabiera coraz większej jadowitości w miarę, jak zakrzep jest starszy.

Smierć w ropnicy zawsze następuje wikutek tworzenia się zatorów płucnych wraz z ropniami miejscowymi i ogólnem zakażeniem. Wyzdrowienie z ropnicy ma miejsce wtedy, gdy zarazki nie dosięgają zbytniego rozszerzenia się. Jeśli w okolicy żyły zakrzepniętej tworzy się zapalenie z ropieniem, wtedy mało jest widoków na wyzdrowienie. Ustanie dreszczów dowodzi, że odrywanie się skrzepów w żyłach zakrzepniętych ustało.

Z kolei zastanawia się autor nad niebezpieczeństwem podwiązywania żył drogą brzuszną. Przedewszystkiem potwierdza on fakt, że samo cięcie brzucha w czasie dreszczów nie jest operacyą niebezpieczną, o ile przez nią nie wprowadza się zarazka do jamy brzusznej. Istotne niebezpieczeństwo tkwi w ope-

rowaniu przypadków niewłaściwych, w pierwszym zaś rzędzie— w operacyi spóźnionej, gdy zakrzep z żyły podbrzusznej przeniósł się już do żyły głównej, lub z żyły jajnikowej — do żył nerkowej i głównej. Autor uważa operacyę również za spóźnioną, gdy jadowitość zarazków znacznie już wzrosła. Im dłużej trwają dreszcze, tem niebezpieczeństwo jest większe, by nie wytworzyło się zapalenie okołożylne, które może zarazić otrzewną. A więc, im wcześniej operuje się, tem więcej ma się nadziei otrzymania dobrych wyników.

Operacya jest bezwzględnie spóźniona i bez widoków żadnych na powodzenie, gdy zapalenie okołożylne wywołało już ropienie. W podobnych przypadkach autor zaleca wypróbować sączkowanie, choć nie sądzi, by rezultat był dobry. Dalej za niewłaściwą autor uważa operacyę wtedy, gdy u chorej jednocześnie stwierdza się zapalenie otrzewnej i ogólną posocznicę krwi. Dla rozpoznania tej ostatniej trzeba zrobić badanie bakteryologiczne krwi żylnej. W chwili otwarcia ściany brzusznej, gdy stwierdzi się zapalenie otrzewnej, należy przerwać zabieg i leczyć owo zapalenie.

Nareszcie, operacya bywa niebezpieczna, gdy zabieg wykonywa się w granicach zbyt szczupłych, to znaczy, gdy wyżej podwiązania żyły jajnikowej znajdują się zakrzepy niepodejrzywane, lub też gdy podwiązuje się tylko jedną żyłę, a zakrzep jest z drugiej strony. Zdaniem autora lepiej jest przy operacyi wczesnej podwiązać wszystkie cztery żyły (2 jajnikowe, 2 podbrzuszne), zaś przy operacyi spóźnionej zadowolić się podwiązaniem jednej żyły zakrzepniętej.

Zdaniem autora, lepiej jest z operacyą śpieszyć się, bo wtedy z całą pewnością można podwiązać żyły wyżej zakrzepu, a z drugiej strony nie dopuszcza się chwili, gdy się zaczyna wytwarzać ropne zapalenie okołożylne.

Następujące trudności techniczne operacyi trzeba wyszczególnić: 1) nacieczenie i bliznowate twory okołożylne, 2) nowowytworzone zespolenie żylne wskutek długotrwałego zakrzepu, co może operatora w błąd wprowadzić.

Zawsze należy docierać do żył drogą brzuszną, idzie tylko o to, by zarazków z ogniska ropnego nie przenieść do jamy otrzewnej i do rany brzusznej. Jeśli znajdujemy zapalenie otrzewnej — sączkować. Jeśli w czasie operacyi widzi się, że żyły otoczone są bliznami i nacieczeniem zapalnem, lub gdy zakrzep sięga wyżej, niż można podwiązywać, zdaniem autora, lepiej przerwać operacyę.

Wskazania do operacyi są: rozpoznana ropnica, wzmagająca się ciepłota, dreszcze. Badanie bakteryologiczne krwi rzuca światło na potrzebę operacyi Gdy rozpoznanie ropnicy staje się pewne — należy operować: jeśli po spadku silnej gorączki

następują dreszcze, należy przypuszczać ropnicę; rozpoznanie ropnicy nie jest pewne zaraz po pierwszym dreszczu. Wyczuwalność zakrzepniętej żyły pod postacią twardego pasma nie jest dla rozpoznania niezbędna.

Jako przeciwwskazanie należy uważać posocznicę krwi ogólną, stwierdzoną badaniem krwi. Inne przeciwwskazania, jak zapalenie otrzewnej i okołożylne, można stwierdzić tylko w czasie operacyi.

(Prakt. Ergebn. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. IV, zesz. II. 1912).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

M. Audebert. *Ostre rozszerzenie żołądka po połogu.*

Cierpienie to względnie często zdarza się po operacyach brzusznych, u położnic zaś bywa ono rzadkością. Autor pierwszy we Francyi opisał 2 takie przypadki w 1907 r.; od tego czasu ogłoszono dotychczas we francuskiem piśmiennictwie jeszcze 6. W niniejszej pracy autor podaje szczegółowy opis 2 nowych przypadków.

I. 20 l. pierworódka, poród prawidłowy. Pół godziny po skończeniu porodu — nagłe wymioty; brzuch bolesny, wzdęty; lawatywa z antipyriną sprawiają ulgę. Nazajutrz — wymioty. Brzuch wzdęty; bladość. Tętno 96; ciepłota prawidłowa. Stan taki trwa jeszcze trzy doby. Przykładanie lodu. Na szósty dzień wymioty znikły; poprawa, żołądek jeszcze sięga do pępka. Na jedenasty dzień pacyentka opuściła klinikę zupełnie zdrowa.

II. 28 l. pierworódka. Mniej więcej na 2 tygodnie przed porodem silna niestrawność i wymioty. Silne wymioty żółciowe od początku bólów porodowych. Płód w położeniu pośladkowem, wydobyty ręką. Ręczne usunięcie łożyska. Wymioty trwają ciągle. W dwie godziny po porodzie stan pogarsza się. Tętno 120—130, nitkowate, wygląd twarzy ziemisty, oczy wpadnięte, niepokój, pragnienie, oziębienie kończyn, skłonność do zapaści. Chorą położono na brzuch, pod głowę cienką poduszkę. Natychmiast wszystkie dotąd groźne objawy ustają, stan znacznie poprawia się.

W powyższych przypadkach, jak i we wszystkich dotychczas opisanych, obraz kliniczny bywa jednaki: wzdęcie nadbrzusza, przelewanie się, wymioty obfite, bezustanne, płynne, ciemne, niekałowe i bez zapachu; tętno słabnące coraz bardziej, skłonność do zapaści; zatrzymanie prawie zupełne stolca i gazów. Początek objawów — w parę godzin lub w 2 — 4 dni po porodzie.

Autor uważa położenie Schnitzlera (położenie na brzu-

chu) za środek nader skuteczny w tych przypadkach; nie trzeba jednak zaniedbywać leczenia ogólnego: wstrzykiwania pod skórę kamfory, kofeiny, roztworu soli i t. p.

Przejrzawszy 10 w tej pracy przytoczonych przypadków, autor wnioskuje, że najważniejszą przyczyną bezpośrednią — jest chloroformowanie (8 razy wśród tych 10-ciu przypadków—środek ten nasenny był stosowany).

(*Annales de Gynécologie et d'Obstetrique. Luty. 1911*).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Albert Peralta Ramos. *Wyniki odległe przecięciu spojenia łonowego.*

Autor stara się dowieść, że cięcie boczne kości łonowej, jako zabieg o wynikach bezpośrednich bezsprzecznie zadowalających szczególniej przy dobrze postawionych wskazaniach i niezbędności operacyjnej, może być usprawiedliwione za pomocą odległych i trwałych wyników.

W pracy tej znajdujemy opisane 18 przypadków. Operowane były powtórnie zbadane w pewien czas po zabiegu, od 7-iu miesięcy do 5 lat i 7 miesięcy. Wszystkie kobiety były w dobrym stanie w chwili badania. Przytem autor zauważył i opisał jedyne powikłanie, nieznane w piśmiennictwie — to żylaki w okolicy kości łonowej operowanej, w pachwinie i trójkącie udowym, co trzeba przypisać pubiotomii otwartej metodą Gigli.

Z kolei autor zastanawia się, czy pubiotomia daje w następstwie stałe rozszerzenie miednicy, które umożliwia poród samoistny lub przynajmniej sztuczny bez uciekania się do cięcia cesarskiego lub powtórnej pubiotomii. Reifferschied, Seitz, Hocheisen, Scheib, Kannegiesser podali stałe powiększenie wymiarów miednicy na $^1/_4$ do $^1/_2$ cala.

Dla zbadania tego zagadnienia, autor zebrał w piśmiennictwie 30 przypadków odbytych porodów u kobiet, które miały kość łonową przeciętą podczas pierwszego porodu: z tych — w 18 przypadkach poród odbył się samoistnie lub za pomocą obrotu, lub za pomocą wydobycia płodu z pomyślnym skutkiem, w 12 zaś trzeba było powtórzyć pubiotomię, lub wykonać cięcie cesarskie. Pomyślne porody, które nie wymagały pomocy chirurgicznej, zdarzały się w razie zrostu zupełnie skostniałego, jak i włóknistego — bez różnicy; w tych przypadkach wymiary miednicy nie wydawały się powiększonymi. Z powyższego widać, że jedynie ze stanu kostniny nie należy wyrokować o przebiegu porodu; dla tego celu trzeba wziąć pod uwagę stosunek miednicy matki do płodu, uwzględniając rozmiary, stopień zgię-

cia, skostnienie, formę i zdolność do zmniejszenia się głowy płodu, natężenie bólów w porównaniu z poprzednimi porodami.

Oto wnioski autora:

1) Badanie 18 przypadków pobiotomii pod względem wyników odległych wykazało nieszkodliwość zabiegu.

2) Bezwładu czynnościowego niema; operowane wstają 20-go dnia, ociężałość i lekki ból w lewej nodze szybko znikają.

3) Jedyny przypadek rwy kulszowej, zależnej od urazu stawu krzyżowobiodrowego, występował już i przed pubiotomią.

4) Metoda operacyjna, dobry wybór i wskazanie właściwe pubiotomii mogą same przez się stanowić o braku przepuklin pachwinowych, zaburzeń czynnościowych narządu moczowego i wypadnięcia części rodnych, jako oddalonych wyników pubiotomii.

5) W sprawie formowania się kostniny — przeważa blizna włóknista.

6) Natura przyszłej kostniny nie zależy od rodzaju podtrzymywania miednicy.

7) Kostnina jest zawsze niewrażliwa, nie ulega przerostowi, jej rozmiary wahają się między $^1/_2$ i centymetrem.

8) W jedynym przypadku nie było kostniny, a wytworzył się prawdziwy staw wrzekomy, co bynajmniej nie przeszkadzało w chodzeniu.

9) By wnioskować o istnieniu rzeczywistego i pożytecznego rozszerzenia stałego miednicy, trzeba wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności, niezależne od stanu kostniny, a mogące wpłynąć na pomyślność porodu: rozmiary, stopień nachylenia, skostnienie, formę zewnętrzną, położenie i zmniejszalność głowy płodu, natężenie skurczów macicy, wszystko to — w porównaniu z tem, co było przy poprzednim porodzie.

10) Rozszerzenie stałe miednicy, jakie widziano w jednym z przypadków autora, jest wynikiem złego stwardnienia kostnego.

(Annales de Gynécologie et d'Obstetrique. Maj. 1911).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 8 września 1912 r.

1. *Lubelski M.* Przypadek rany kłutej żołądka.
2. *Dobrowolski W.* O zatorach tętnicy płucnej po operacyi.

1. *Lubelski M.* Przypadek rany kłutej żołądka.

N. P., lat 20, zraniony był w Białymstoku nożem w brzuch; natychmiast u chorego wystąpiły krwawe wymioty, a później i stolce zabarwiły się na ciemno. Chorego przywieziono do Warszawy, gdzie we dwa dni po wypadku badany był w szpitalu żydowskim przez Lubelskiego.

Rana, długości 2 — 3 cm., znajdowała się w podżebrzu lewem, nazewnątrz od mięśnia prostego brzucha, tuż przy brzegu ósmego żebra; w ranie siedział sączek z gazy. Chory gorączkował (C. 37,9); na bóle nie wskazywał; brzuch był bolesny na dotyk tylko w miejscu, gdzie znajdowała się rana. Tętno 120.

Kiedy L. usunął sączek, z rany wylało się trochę ropy i posoki. Na sączku znajdowały się drobne cząstki pokarmu, a w ranie widać było kawałek sieci. Oprócz tego z rany ku górze do 7-go i 6-go żebra pod skórą szła zatoka, z której wypływała ropa.

Krwawe wymioty i resztki pokarmu na sączku, wyjętym z rany, przemawiały na korzyść rany żołądka, i dlatego L. postanowił dokonać operacyi zaszycia żołądka.

Chory operowany był w uśpieniu chloroformowem. Aby zabezpi e czyć wolną jamę otrzewnej od zakażenia ropą i posoką, która mogła dostać się do niej z miejsca zranionego, L. z początku szczelnie przykrył ranę gazą wyjałowioną i zrobił niżej rany, nazewnątrz od mięśnia prostego brzucha, cięcie, długie na 6 — 7 cm.; przez to cięcie wszedł do wolnej jamy otrewnej, szczelnie obłożył paskami gazy wyjałowionej miejsce zranione i zrosty dokoła niego, poczem dopiero przedłużył cięcie ku górze i połączył go z raną. Po odcięciu wystającego kawałka sieci i rozerwaniu lekkich zrostów L. wyciągnął nazewnątrz przez ranę żołądek. Rana, długości jednego cm., znajdowała się na dolnej krzywiźnie żołądka, w okolicy jego dna. Ranę L. zaszył szwem trzypiętrowym; na śluzówkę nałożył szew ze struny,

na błonę mięśniową i surowiczą dwa piętra szwu z jedwabiu. Zatokę, która szła pod skórą do 7-go i 6-go żebra, rozszerzył cięciem ku górze. Ranę brzucha na dole częściowo zaszył i całą jamę pozostałą szczelnie wypełnił sączkami z gazy wyjałowionej.

Po operacyi chory w przeciągu 14 dni gorączkował w granicach od 37,4 — 38%, poczem ciepłota zmniejszyła się do normy. Część sączków udało się usunąć po paru dniach, a resztę sączków L. usunął dopiero po czterech tygodniach.

Teraz, po trzech miesiącach od czasu operacyi, na miejscu operowanem pozostała ranka wielkości dwóch kopiejek, pokryta ziarniną; chory na żadne dolegliwości nie narzeka.

Kryński zwraca uwagę, że szycie śluzówki żołądka struną, jak to uczynił przedmówca, zostało zarzucone przez wszystkich prawie chirurgów; sok żołądkowy dzięki swym własnościom trawiennym w bardzo krótkim czasie rozpuszcza strunę, łączącą brzegi śluzówki, co wystawia głębsze warstwy ściany żołądka i kiszki na działanie wspomnianego soku. Co do wskazań do zabiegu w ranach kłutych żołądka, to umiejscowienie w dolnej połowie brzucha stanowi wskazanie bardziej bezwzględne, niż w górnej, a to z powodu znajdowania się w połowie dolnej narządków o zawartości bardziej zakaźnej, niż w górnej.

Leśniowski podziela zdanie Kryńskiego, że byłoby bardziej właściwe nałożyć pierwszy szew—na śluzówkę — z nici jedwabnej, następne zaś piętra — ze struny. Osobiście Leśniowski od czasu, kiedy stracił chorą wskutek rozejścia się szwu, zespalającego żołądek z jelitem, a nałożonego wyłącznie ze struny, szyje żołądek i kiszki tylko cieniutkim jedwabiem. Następnie zwraca L. uwagę na okoliczność, o której, prawdopodobnie, Lubelski zapomniał powiedzieć, że, mając ranę urazową przedniej ściany żołądka, należy zawsze przekonać się, czy nie istnieje druga rana na ścianie tylnej tegoż. Szczególniej jest to niezbędne w razie postrzałowych ran żołądka.

Co się tyczy częstego powikłania ran postrzałowych nadbrzusza zranieniem żołądka, to odnośne statystyki wykazują, że rany postrzałowe nadbrzusza, zadane w czasie pokoju, są częściej powikłane ranami żołądka, niż rany postrzałowe nadbrzusza, otrzymane na placu boju. Okoliczność ta jest tłómaczona w taki sposób, że podczas pokoju żołądek bywa zazwyczaj bardziej wypełniony, niż na polu działań wojennych.

Lubelski. Th. Kocher, zwolennik szwu jedwabnego w operacyach na drogach żółciowych i ich połączeniach z kiszkami, w enterostomiach nakłada pierwszy szew na śluzówkę ze struny, a następne szwy — na mięśniówkę i błonę surowiczą — z jedwabiu, licząc, że jeżeli po paru dniach szew ze struny nawet i wessie się, to przez ten czas zdąży już utworzyć się mocny zrost między błonami surowiczemi, na które nałożone były szwy z jedwabiu.

Co do przemówienia Leśniowskiego L. zaznacza, że oglądał tylną powierzchnię żołądka przez otwór, zrobiony w mesocolon (inni radzą w tym celu przeciąć lig. gastrocolicum), uszkodzenia na tylnej powierzchni żołądka nie znalazł.

2. *Dobrowolski W.* O zatorach tętnicy płucnej po operacyi (patrz Przegl. Chir. i Ginekol.).

Kryński zwraca uwagę na zatory płuc komórkami wątrobowemi, co spostrzegano po zabiegach, wykonanych na wątrobie. Traktuje o tym przedmiocie między innymi interesująca praca Finsterera z kliniki Hochenegga, drukowana w ostatnim zeszycie Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Przedmówca nie wspomniał również o zatorach tłuszczowych i powietrznych.

Leśniowski podnosi okoliczność, że powikłanie okresu pooperacyjnego zatorami już to większych, już to mniejszych gałęzi tętnicy płucnej, przejawiającymi się bądź to krótkotrwałymi, ciężkimi objawami ze strony czynności płuc i serca, prowadzącymi zwykle w ciągu kilku lub kilkunastu minut do zejścia śmiertelnego, bądź to — w postaci zawałów płucnych, jest o wiele częstsze, niżby mogło się to zazwyczaj wydawać. Prócz statystyk, przytoczonych przez Dobrowolskiego, podaje Leśniowski i inne, między innemi w klinice Körtego miano 0,3% śmiertelnych zatorów tętnicy płucnej po operacyach, wykonanych w jamie brzusznej. Widzimy stąd, że jest to powikłanie względnie częste, w każdym razie—o wiele częstsze, niż śmierć wskutek uśpienia chloroformowego. Pozatem jest ono nieobliczalnie groźne, i przychodzi zgoła niespodziewanie, zdradziecko, co razem czyni, że przebycie takiego zdarzenia pozostawia niezatarty na całe życie ślad w duszy chirurga. Osobiście spostrzegał Leśniowski ostatnimi czasy tego rodzaju przypadek.

Dotyczył on młodego, bo 42-letniego człowieka, który od dłuższego czasu chorował na gruźlicę nerki prawej. Stan ogólny chorego pozatem zupełnie pomyślny. Parę lat nie zgadzał się na proponowaną mu przez rozmaitych lekarzy operacyę, nareszcie widząc, że, pomimo stosowania przeróżnych środków leczniczych, wyjazdów na południe i t. p. stan pogarsza się, poddał się zabiegowi operacyjnemu w jednej z lecznic prywatnych. L. operował go w zwykły sposób, a więc, po obnażeniu nerki cięciem skośnem, wyosobnił naczynia nerkowe, podwiązał je i odciął. a następnie usunął nerkę z dużym kawałem chorobowo zmienionego moczowodu. Zabieg zniósł pacyent pomyślnie, przebieg okresu pooperacyjnego również zupełnie pomyślny. Ciepłota ciała, stale przed operacyą zwiększona, powoli obniżała się. Tętno zupełnie dobre. Ilość dobowa moczu powoli doszła od 750 c. s. do 1500 c. s. Wszystko rokowało, że okres pooperacyjny zakończy się wyzdrowieniem.

Szóstego dnia po operacyi L. odwiedził pacyenta, i znalazł go w stanie doskonałym. Czuje się on jaknajlepiej, dopomina się o pożywienie, prosi o pozwolenie opuszczenia łóżka, jest wesoły. Tętno 76 na minutę, miarowe, dobrze rozwinięte. L. polecił przenieść chorego do pokoju opatrunkowego, sam zaś udał się tam, by umyć ręce do zmienienia opatrunku. Gdy po upływie paru minut przywieziono chorego do pokoju opatrunkowego, zmienił się on prawie nie do poznania: mówił, że w czasie przekładania go z łóżka na wózek raptownie uczuł, jakby mu padł niezmierny ciężar na piersi (wskazywał na górną połowę mostka), że mu brak tchu, był siny na twarzy, twarz zdradzała duży niepokój i przestrach. Tętno L. zna-

lazł mocno przyśpieszone, drobniutkie, ledwo wyczuwalne. Podejrzywając, że ma do czynienia z zatorem tętnicy płucnej, przystąpił wraz z kol. Kizlerem do ratowania chorego, lecz wśród szybko powiększającej się duszności i zapaści nastąpiło zejście śmiertelne po upływie kilkunastu minut.

Pomimo, że niepodobna było dokonać sekcyi zwłok, Leśniowski rozpoznaje w danym przypadku na mocy raptownego wystąpienia groźnych objawów w chwili przekładania chorego, na podstawie innych wyżej podanych objawów—zatkanie dużego pnia tętnicy płucnej. Mechanizm tej sprawy tłómaczy sobie w taki sposób, że po podwiązaniu w czasie operacyi żyły nerkowej prawej utworzył się w niej zakrzep, który, stopniowo narastając, szerzył się do żyły głównej dolnej. W chwili przekładania chorego z łóżka na wózek naciśnięto na okolicę lędźwiową prawą, wskutek tego insultu mechanicznego urwał się duży kawał skrzepliny, prąd krwi zaniósł go do tętnicy płucnej po przez prawy przedsionek i komorę, i tu zaczopowanie dużego pnia dało tak szybkie zejście śmiertelne.

Jak widać z przemówienia Dobrowolskiego, zator tętnicy płucnej po operacyach bywa poprzedzany zakrzepem w żyłach, wpadających do żył głównych górnej i dolnej, najczęściej—w żyłach kończyn dolnych i miedniczych. Przypadek Leśniowskiego jest zajmujący z tego względu, że tu pierwotny zakrzep mieścił się, prawdopodobnie, w żyle nerkowej.

Walka z omawianem cierpieniem polega, jak to zaznaczył w swojem przemówieniu Dobrowolski, głównie na zapobieganiu tworzenia się zakrzepów w żyłach. Pod tym względem, wszakże, zdaniem Leśniowskiego, możemy rozróżniać 2 rodzaje przypadków. Do pierwszego rodzaju należą przypadki, w których w przebiegu operacyi ulegają obrażeniu duże pnie żylne, co może prowadzić do tworzenia się zakrzepów na miejscu obrażenia naczynia; tu, poniekąd, tworzenie się zakrzepu jest bezpośredniem następstwem samego zabiegu, dlatego też walka z niem jest prawie niemożliwa; być może — zapobiega się zakrzepowi, o ile operuje się jaknajczyściej, delikatnie, nie gniotąc, nie miażdżąc tkanek, nie stosując na ranę środków przeciwgnilnych.

Do kategoryi drugiej należy zaliczyć przypadki, w których zakrzepy powstają w żyłach, w czasie zabiegu nieuszkodzonych, położonych zdala od pola operacyjnego, np. w żyłach kończyn dolnych po operacyach na narządach jamy brzusznej. Tu tworzenie się zakrzepów nie jest w łączności bezpośredniej z polem operacyjnem, i gdybyśmy poznali dokładnie warunki tworzenia się zakrzepu, moglibyśmy, być może, skutecznie im zapobiegać. Niestety, dotychczas istoty tworzenia się zakrzepu nauka nie zna; udało się tylko podpatrzeć niektóre okoliczności, sprzyjające zakrzepowi: a więc — zwolnienie obiegu krwi, zmiany w ścianach naczyń żylnych, zwiększenie się krzepliwości krwi. Na te też okoliczności zwracamy uwagę w okresie pooperacyjnym, i, o ile jesteśmy w stanie, przeciwdziałamy im, pobudzając czynność serca, unosząc ku górze kończyny dolne, dając odpowiednie pożywienie i t. p.

Leczenie zawałów płuc, wskutek zatorów drobnych gałęzi powstałych, jest znane. Walka z zaczopowaniem dużego pnia tętnicy płucnej jest

prawie niemożliwa; warunki wykonania zabiegu Trendelenburga są tak trudne, wymagają tak dużej sprawności od chirurga i pozatem — całokształtu otoczenia, potrzeba wykonania zabiegu zastaje chirurga tak zgoła do tego nieprzygotowanego, że może zabieg być wykonany zaledwie w doskonale urządzonych klinikach, a i w tych warunkach wyniki pooperacyjne, niestety, są dotychczas b. mało zadowalające.

Kijewski. Zatory płuc po zabiegach chirurgicznych, jak okazuje się ze statystyk obcych, są zjawiskiem dość częstem, gdy u nas notowane ono bywa bardzo rzadko. Niewątpliwie, znajomość tego przedmiotu przyczyni się do rozpoznawania cierpienia, do oryentowania się w dość zawiłym niekiedy obrazie klinicznym u chorych po większych operacyach. Co do operacyi Trendelenburga, to K. miał możność przerobienia jej na trupie i przyszedł do przekonania, że jest ona technicznie trudna, gdy tymczasem zabieg musi być wykonany bardzo szybko, tak ze względu na ciężki stan chorego i grożące mu uduszenie się, jak i na fakt, stwierdzony doświadczalnie, że zaciśnięcie wielkich naczyń ustrój znosi bezkarnie zaledwie w ciągu 6 — 7 minut. Zdaniem K. zabieg Trendelenburga w obecnym przynajmniej stanie wiedzy i techniki chirurgicznej nie może liczyć na rozpowszechnienie, a jedyną racyą bytu jego jest to, że w podobnych przypadkach ratować musimy człowieka, skazanego na śmierć.

Dobrowolski w odpowiedzi na przemówienie Kryńskiego zaznacza, że przedmiotem jego referatu były tylko zatory tętnicy płucnej na skutek zakrzepu pooperacyjnego.

BR SZERSZYŃSKI.

Posiedzenie dnia 10 października 1912 r.

1. *Kijewski Fr.* Z kazuistyki kamicy żółciowej.
2. *Stankiewicz Wł.* a) Przypadek nadnerczaka nerki.
   b) Przypadek nabłoniaka pęcherza moczowego.
3. *Stabholtz.* Przypadek oxyuris vermicularis w wyrostku robaczkowym.
4. *Kiełkiewicz.* Wynicowanie pęcherza moczowego, operowane sposobem Cuneo.

1. *Kijewski Fr.* przedstawił trzy preparaty pęcherza żółciowego, ilustrujące różne zejścia kamicy żółciowej: Wodniak pęcherza żółciowego, ropne jego zapalenie i rozwój nowotworu złośliwego.

Kryński. Demonstracya preparatów pooperacyjnych kol. Kijewskiego jest zajmująca i pouczająca ze względu na to, że przedstawia ona trzy odmienne postacie następstw obecności kamieni w pęcherzu żółciowym: w 1-ym przypadku zejściem cholecystitidis calculosae było zropienie pęcherza, w 2-im puchlina (hydrops vesicae fel.), w 3-im rozwój nowotworu złośliwego. Nie wchodząc w sprawę wskazań operacyjnych w przypadkach kamieni żółciowych, co do których poglądy chirurgów są już dość ustalone, podkreśla Kryński jeden jeszcze motyw, przemawiający za operacyą, o którym często nie pamięta się, a którego ilustracyę stanowi przedstawiony tu

przypadek 3-ci. Jest nim mianowicie względna częstość powstawania nowotworu złośliwego w ścianie pęcherza na tle obecności kamieni. Na szczegół ten zwracał zawsze baczną uwagę w swoich wykładach ś. p. profesor Brodowski.

Z wynikiem pomyślnym Czarkowski Józef operował w 3-ch przypadkach przedziurawienia pęcherza żółciowego. We wszystkich tych przypadkach zapalenie otrzewnej było umiejscowione i otorbione. Czwarty przypadek, powikłany ropniem podprzeponowym i otokiem ropnym prawej opłucnej, operowany w trzy tygodnie od dnia przedziurawienia, skończył się śmiercią, pomimo że zabieg był wykonany w znieczuleniu miejscowem.

W 5-ym przypadku, nieoperowanym z powodu charłactwa chorej, gdzie przy badaniu znaleziono 6 przetok w prawej górnej połowie brzucha (przypadek nierozpoznany), na sekcyi stwierdzono, że wszystkie te przetoki drążyły do jamy ropnia, powstałego na tle przedziurawienia pęcherza żółciowego.

Wodniaki przemijające pęcherza żółciowego powstają przeważnie na tle kamieni o dużych wymiarach i nie powodują napadów typowej kolki, a przejawiają się uczuciem parcia w dołku, gnieceniem w klatce piersiowej i plecach.

Chorzy z dużymi kamieniami poddają się zabiegom operacyjnym późno dlatego, że choroba często nie jest rozpoznawana przez lekarzy i sama przez się nie daje zbyt ciężkich dolegliwości.

Ogromne kamienie o ile niema wodniaka, nie zawsze dają się wymacać.

Zropienie treści pęcherza lub wodniaki potwornych rozmiarów kierują dopiero chorych w ręce chirurgów.

Powikłanie wodniaka rakiem może być rozpoznane przed operacyą wtedy, gdy rak przechodzi na mięśniówkę i otrzewną pęcherza, dając charakterystyczne stwardnienia.

Stałe obrzęki dolnych kończyn w guzach pęcherza przemawiają prędzej na korzyść obecności nowotworu złośliwego.

Leśniowski sądzi, że Kijewski podnosił głównie 2 okoliczności. Po pierwsze chodziło mu o to, że koledzy terapeuci często zadługo zwlekają z doradzeniem operacyi choremu na kamicę żółciową, wskutek czego niejednokrotnie wykonanie operacyi staje się spóźnione lub zgoła niemożliwe. L. w zupełności zgadza się z tą opinią, jakkolwiek należy dodać, że ostatnimi czasy stosunki omawiane uległy pewnej zmianie na lepsze.

Powtóre, Kijewski sądzi, że nawet w przypadkach, w których możemy z dużem prawdopodobieństwem podejrzywać nowotwór złośliwy w drogach żółciowych, lub w pobliżu tychże, nie należy pacyentowi odmawiać pomocy operacyjnej, gdyż nierzadko zabieg operacyjny stwierdza, że ma się do czynienia z cierpieniem, które daje się zupełnie pomyślnie usunąć. I to zdanie L. podziela. Osobiście spostrzega obecnie przypadek, w którym 42-letnia kobieta od 3-ch miesięcy cierpiała na gwałtowne napady bólu w dołku, połączone z gorączką, żółtaczką, wymiotami. Wymiociny czasami składały się wyłącznie z żółci, i to w dużej ilości. Stolce jakoby dawniej

bywały czarne. Chora mocno wyniszczona, mocno żółtaczkowa. W podżebrzu prawem, bliżej ku dołkowi, wymacywała się w głębi niewyraźna guzowatość. Wszystko zdawało się przemawiać na korzyść przewężęnia dwunastnicy poniżej brodawki Vatera, prawdopodobnie — natury nowotworowej. Wobec b. mocnego wyniszczenia chorej niepodobna było wykonać bliższych badań chemizmu i mechanizmu żołądka, oraz zawartości kiszek. L. wskutek tego przypuszczalnego rozpoznania oraz ciężkiego stanu chorej wahał się, czy należy podjąć się operacyi. Ostatecznie operacyę wykonał, i znalazł w okolicy dołka guz zapalny—złożony z bardzo ściśle pozrastałych ze sobą starą tkanką b. tęgą — pęcherza żółciowego, żołądka, dwunastnicy, sieci dużej, okrężnicy. Trzewa wspomniane były mocno podciągnięte ku górze pod wątrobę, która była nieduża, mieściła się wysoko pod żebrami. Z największą trudnością udało się porozdzielać zrosłe narządy i wyosobnić pęcherz żółciowy. Był on nieduży, w szyi jego mieścił się kamień, wielkości jaja gołębiego. L. częściowo wyciął pęcherz, usunął kamień, włożył sączek do przewodu wątrobowego, i postąpił dalej w sposób typowy, w tych razach stosowany. Przebieg pooperacyjny — zupełnie pomyślny. Bóle znikły, żółtaczka ustępuje, stolce zabarwione, wymioty ustały. W przypadku niniejszym objawy niedrożności dwunastnicy zależały niezawodnie od przełamania się dwunastnicy w miejscu, gdzie ona za pomocą niepodatnego zrostu była mocno podciągnięta do góry pod wątrobę.

Co do twierdzenia Czarkowskiego, jakoby duże zmiany w pęcherzu żółciowym, mianowicie wodniak tegoż, powstawał tylko w przypadkach dużych kamieni, tkwiących w przewodzie pęcherzowym, to L. nie może zgodzić się z tem twierdzeniem. Osobiście spostrzegał przypadek, stwierdzony za pomocą oględzin pośmiertnych, w którym był wodniak pęcherza żółciowego, przewód zaś pęcherzowy był zaczopowany kamykiem, wielkości literalnie — łebka od szpilki.

Krauze. Zapalenie otrzewnej z powodu przedziurawienia pęcherza żółciowego nie należy do cierpień bardzo ciężkich i gdyby przypadek kol. Kijewskiego był operowany wcześnie, najprawdopodobniej zakończyłby się pomyślnie. K. otrzymuje chorych z cierpieniami dróg żółciowych do operacyi dość późno; jednakże z powodu nietrafnego rozpoznania przez internistę, który rozpoznał niedrożność kiszek, miał sposobność wczesnego operowania 2-ch przypadków zapalenia otrzewnej z powodu pęknięcia pęcherza żółciowego. Jeden przypadek dotyczył starego mężczyzny z ograniczonem zapaleniem otrzewnej, drugi przypadek dotyczył kobiety 60-letniej z rozlanem zapaleniem otrzewnej. Oba przypadki zakończyły się pomyślnie. Zwykle pęknięcie pęcherza żółciowego następuje z powodu obecności kamieni, które powodują odleżyny na ścianach pęcherza. W przypadkach K. kamieni nie było. W tych razach następuje pęknięcie prawdopodobnie z powodu zatkania naczynia, w następstwie czego następuje częściowa zgorzel i pęknięcie

2. *Stankiewicz Wł.* przedstawia preparat nowotworu nerki, pochodzący od mężczyzny lat 42, który od pół roku zaczął uczuwać tępy ból w prawem podżebrzu i od czasu do czasu oddawał mocz ze krwią. Wszyst-

kie narządy zdrowe i czynności prawidłowe, nigdy na płuca nie chorował, mocz nieco mętny, zawierający stosunkowo dużo czerwonych ciałek krwi. Guz w podżebrzu prawem wielkości dwóch pięści, nierówny na powierzchni, nieco przesuwalny, daje wyraźne ballotement i niema związku z wątrobą. Badanie wziernikiem pęcherzowym utrudnione z powodu wielkiej wrażliwości pęcherza. Badanie promieniami Roentgena wykazuje dość liczne cienie, rozrzucone w całym guzie.

Rozpoznano nowotwór złośliwy nerki prawej. Operacya 19 września za pomocą cięcia brzucha. Guz zrośnięty dość mocno z otaczającą otrzewną; po oddzieleniu zrostów i podwiązaniu naczyń oraz moczowodu zaszyto ranę otrzewnej ściennej, w zagłębieniu bowiem po wyjęciu guza nie było wcale zebranej krwi. Drugiego dnia po operacyi upadek tętna i objawy ostrego zapalenia otrzewnej. 3-go dnia śmierć. Sekcya wykazała objawy ostrego zapalenia otrzewnej. S. nie pojmuje, skąd mogło powstać to zakażenie, gdyż podczas operacyi przedsięwzięto wszelkie ostrożności, a podwiązanie moczowodu wykonał poza jamą otrzewnej. Badany nowotwór na przekroju wykazał liczne ogniska, podobne do serowatych w gruźlicy; badanie drobnowidzowe, dokonane przez D-ra Paszkiewicza, stwierdziło, że guz jest hypernephroma z rozpadowymi złogami, zawierającymi nieco soli wapiennych, które to złogi w obrazie rentgenowskim dawały cienie, mogące wzbudzać podejrzenie kamieni nerkowych.

Następnie pokazuje S. okaz nabłoniaka pęcherza moczowego, wyciętego wraz z ujściem moczowodu lewego, dokoła którego nowotwór zajmował śluzówkę i tkankę łączną. Guz wielkości dużej śliwki węgierki o szerokiej podstawie, miał na powierzchni liczne kosmki podobne do tych, jakie bywają przy brodawczakach. W celu tamponady rany na dnie pęcherza i łatwiejszego odpływu moczu ze skrzepami, zostawił otwartą część rany pęcherza, resztę zaś zaszył. Pomimo tych ostrożności nastąpiły nazajutrz objawy zapaści z charakterem uremicznym, i chory zmarł 3-go dnia po operacyi. Badanie pośmiertne nie wykazało ani krwotoku wewnętrznego, ani objawów zakażenia otrzewnej — wydzielanie zaś moczu po operacyi odbywało się dość obficie.

Kryński zapytuje, czy nie można było podczas operacyi zbadać stanu nadnercza. Jak widać na preparacie nerki, głównie zajęta jest guzami nowotworowymi część górna nerki, co mogłoby nasuwać przypuszczenie, że stanowią one zjawisko wtórne — przerzuty z guza pierwotnego w nadnerczu, skąd przeszłyby ku dołowi na miąższ nerkowy.

Krauze usunął raz nerkę z guzem, który zajął dolną połowę nerki, górna połowa była zupełnie prawidłowa. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez kol. Steinhausa, wykazało hypernephroma.

Zembrzuski nie widzi nic dziwnego w tem, że nadnerczaki spostrzegane były nietylko w górnym biegunie nerki, lecz i w dolnym, ponieważ t. zw. glandulae aberrantes Gravitza mogą znajdować się w różnych punktach nerki pod capsula albuginea. Są to zabłąkane skupienia mórek nad-ko nercza, które w życiu płodowem (w 2—3 m. istnienia) otacza prawie całą nerkę prócz wnęki.

3. *Stabholtz* przedstawił okaz wyrostka robaczkowego, zawierającego oxyuris vermicularis.

4. *Kiełkiewicz* przedstawia chorego z wynicowaniem pęcherza moczowego, operowanem według metody Cuneo. (Praca ta była wydrukowana w Przegl. Chir. i Ginekol.).

Kryński. Z dwóch istniejących typów zabiegów operacyjnych w przypadkach wynicowania pęcherza operacye plastyczne i operacye odprowadzające, te ostatnie obecnie zyskały pierwszeństwo w chirurgii, albowiem przez wycięcie kalekiego pęcherza i wszczepienie moczowodów do kiszki dają one największą szansę uwolnienia chorego od najcięższych następstw kalectwa — incontinentio urinae, to właśnie, czemu nie zapobiega żadna z operacyi plastycznych.

Myśl operacyi odprowadzających znalazła zastosowanie najdoskonalsze w postępowaniu Maydla, który wycina z całego pęcherza tylko część trójkąta Lieutauda wraz z moczowodami i wszywa ją w otwór w ścianie.

Ujemną stronę metody Maydla stanowi niebezpieczeństwo zakażania moczowodów i nerek od strony kiszki, co nie zdarza się jednak zbyt często, jak o tem świadczy szereg przypadków pomyślnych, operowanych tą metodą, której kazuistyka obecnie liczy wiele ponad setkę przypadków. Jeden z pierwszych przypadków dodatnich operowany był przez Kryńskiego w roku 1895; u chłopca 18-letniego uzyskano po przeszczepieniu moczowodów do odbytnicy dokładną możność trzymania moczu w ciągu 2—3 godzin. Chorego miał Kryński w obserwacyi w ciągu 3-ch lat w równie dobrym stanie. Z licznych modyfikacyi tej metody najnowszą i oryginalnie pomyślaną przedstawia sposób Cuneo, zastosowany z wybornym wynikiem przez prelegenta. Oczywiście, zawcześnie jest wyrokować obecnie o trwałości tego wyniku. W porównaniu z metodą Maydla ma on tę wadę, że jest daleko dłuższy, bardziej złożony i o wiele cięższy dla chorego. Teoretycznie obawiać by się można dwóch rzeczy: 1) ujemnych następstw wchłaniania moczu przez ścianę wyciętego jelita cienkiego, 2) osłabienia z czasem zwieracza odbytu, pod który wszczepiono kiszkę. O słuszności, czy płonności tych obaw rozstrzygnie dopiero przyszłość tych chorych.

Czarkowski sądzi, że sposób Cuneo z trudnością może być zastosowany u dzieci, a przecież cierpienie, o którem mowa, jest wrodzone. Czy nie lepiej u dzieci uciekać się do zużytkowania kiszki ślepej zamiast pęcherza, a wyrostka robaczkowego jako cewki?

Sawicki. Metoda Maydla ma dwa słabe momenty: 1) puszczanie szwu, łączacego moczowody z kiszką, 2) zakażenie nerek. Przypadków, operowanych tą metodą, jest zapewne znacznie więcej niż sto, tylko niepomyślne wyniki nie bywają ogłoszone drukiem.

S. operował wynicowanie pęcherza moczowego sposobem Berga z wyłączeniem części kiszki grubej. Pomimo dwukrotnego zeszywania moczowodów z kiszką pozostała przetoka; czy nie lepiej wobec tego utworzyć przetokę nerkową uprzednio, a zaszyć ją dopiero po zagojeniu się rany po plastycznej operacyi.

BR. SZERSZYŃSKI.

ZJAZDY LEKARSKIE.

42 ZJAZD CHIRURGÓW NIEMIECKICH W BERLINIE.

W d. 26 marca r. b. prof. *Angerer* z Monachium zagaił pierwsze posiedzenie 42-go zjazdu chirurgów, poczem *Garrè* z Bonn wypowiedział odczyt programowy „o leczeniu gruźlicy kości i stawów".

Mówca w gruźlicy stawów stosował postępowanie zachowawcze i operacyjne, w pierwszym razie nie zaniechał żadnego z poleconych sposobów, nadto brał pod uwagę wiek chorego, stan ogólny, trwanie choroby, umiejscowienie jej, złośliwość sprawy zapalnej, wreszcie — warunki społeczne pacyenta.

Staw barkowy leczono zachowawczo za pomocą wstrzykiwań mieszanki jodoformowej, wyniki nie były gorsze, niż po wycięciu: mówca mniema, że u starszych wczesna rezekcya stawu barkowego powinna być częściej wykonywana, u dzieci zaś poniżej lat 10 tylko postępowanie zachowawcze ma więcej słuszności.

Staw łokciowy u dzieci leczono za pomocą jodoformu i przyrządów unieruchomiających; wycięcie stawu u dorosłych zazwyczaj dawało wynik pomyślny odnośnie gruźlicy, tymczasem pod względem czynnościowym — łokieć pozostawiał dużo do życzenia.

W gruźlicy stawu napięstkowego zaniechano typowego wycięcia, natomiast stosowano b. często drogę krwawą pod postacią rozszerzenia przetok, wyskrobywania ognisk i t. d., obok postępowania zachowawczego. Odsetka wyleczeń b. mała. Naświetlanie rentgenowskie bezskuteczne.

Co do gruźlicy stawu biodrowego, to mówca jest zwolennikiem postępowania zachowawczego, chętnie stosuje odpowiednie przyrządy, np. Lorenza, Kapellera, wadliwe ustawienie kończyny poprawia za pomocą wyciągu, nigdy zaś nie stosuje gwałtownego naprawienia w uśpieniu, nie wstrzykuje jodoformu, chyba do jamy ropnia; leczenie takie trwa zazwyczaj około 3 lat. Wycięcie stawu nie daje lepszych wyników, niż leczenie zachowawcze, jest wskazane głównie w rozległem ropieniu, któremu towarzyszy gorączka hektyczna, obfite bujanie ziarniny obok dużej bolesności stawu, wreszcie—obszerne martwaki, zwłaszcza z kości miednicy.

Wycięcie stawu kolanowego wykonał Garrè 268 razy; z pośród 174 przypadków, sprawdzonych później, w 92% nastąpiło zupełne wyleczenie; szczególnie zachęcające wyniki osiągnięto u dzieci, mianowicie w 84 przypadkach wycięcia kolana gruźliczego pożądany kierunek kończyny stwier-

dzono w 53%; zgięcia, nie przekraczające 40°, spostrzegano w 31% przypadków, natomiast tylko w 14% zgięcie było na tyle znaczne, że wymagało ponownej operacyi.

Z 220 przypadków gruźlicy stawu skokowego w 60% stosowano leczenie zachowawcze, a w 40%—krwawe, ostatnie dało wyniki dobre, pierwsze zaś jest możliwe tylko w przypadkach świeżych, bez przetok. Wynik pod względem czynności stawu w 27% przypadków był doskonały, a w 31% dobry; wszakże wyniki operacyi stawu kolanowego są bardziej zachęcające.

Postępowanie ogólne w leczeniu gruźlicy kostnej i stawowej ma znaczenie pierwszorzędne, zatem — odżywianie wzmożone, dobre powietrze i słońce, jako środek leczniczy.

Vulpius z Heidelberga przyznaje słuszność postępowaniu ogólnemu, nie odmawia również zalet różnym sposobom leczenia gruźlicy, należy wszakże indywidualizować zabiegi lecznicze stosownie do wieku chorych, stanu ich ogólnego, oraz umiejscowienia choroby. Mówca domaga się specyalnych lecznic dla gruźlicy chirurgicznej, w których możnaby stosować leczenie chirurgiczne i ortopedyczne, obok nich helioterapię i radioterapię, wreszcie — kąpiele z wody morskiej i t. d.

Heller z Lipska wypełnia jamy, powstałe w kości udowej po trepanacyi, mięśniem grubym uda bocznym (m. vastus lateralis); odcinek mięśnia tego przymocowuje za pomocą szwu do powięzi powierzchownej.

Wrześniowski z Częstochowy podał własny sposób postępowania w wycinaniu stawów, mianowicie po usunięciu schorzałych tkanek wypełnia staw gazą, zwilżoną w emulsyi jodoformowej, nie zamyka go zupełnie, lecz przy każdym opatrunku sprawdza gojenie się powierzchni, i usuwa z nich chore narastające tkanki; tym sposobem unika znacznego kurczenia się kończyny, tworzenia się przetok i t. d.; leczenie takie trwa od 3 do 6 miesięcy, i kończy się dostatecznem trwałem zesztywnieniem.

Sposób powyższy stosuje od 1901 r. w gruźlicy stawu barkowego, łokcia, kolana, golenioskokowego, stawu Choparta i Lisfranca; przeszło w 50% przypadków osiągnął trwałe wyleczenie, a więc bez przetok i bez nawrotu.

Bier zwraca szczególną uwagę na czynność stawu po wyleczeniu, podkreśla wielką wartość postępowania zastoinowego obok podawania jodku potasu w ilości 2 grm. dziennie u dzieci, i 3 grm. u starszych, a to w celu wzmożenia wsysania się i uniknięcia tym sposobem tworzenia się zimnych ropni. W końcu przemówienia swego pokazał 8 przypadków wyleczenia ostatnimi czasy gruźlicy różnych stawów przeważnie u dzieci z doskonałym wynikiem co do ruchów stawowych.

de Quervain jest zwolennikiem postępowania zachowawczego, kładzie nacisk na wielką doniosłość leczenia ogólnego i godzi się w zupełności z poglądem Vulpiusa, że w każdym przypadku należy dobrze zastanowić się nad wyborem środków w zastosowaniu do indywidualności, wieku i stanowiska chorego.

König stosował z wielką korzyścią lampę kwarcową, w 16 przypadkach skutki działania promieni ultrafioletowych na ogniska gruźlicze są

widoczne i nie mniejsze, niż od helioterapii; lampa nie szkodzi nigdy, natomiast sprowadza polepszenie miejscowe nawet w b. ciężkich przypadkach, sprzyja powiększeniu wagi chorych, nawet poprawia ich sen.

Wilms od 5 lat jest wielkim zwolennikiem radioterapii, operuje gruźlicze sprawy mniej chętnie, niż przedtem, chyba staw kolanowy i martwaki, natomiast miewa b. pocieszające wyniki po naświetlaniu gruczołów gruźliczych na szyi, wcale niezłe w cierpieniach kości i stawów i niezupełnie dobre w schorzeniu kręgosłupa i stawu biodrowego.

Iselin w klinice w Bazylei w ciągu ostatnich 5 lat stosował radioterapię w 367 przypadkach z wynikiem dość dodatnim, wszakże zaleca wielką oględność w dozowaniu promieni Roentgena z uwagi na możliwość uszkodzenia skóry, co występuje niekiedy dopiero po upływie dłuższego przeciągu czasu, np. w $1^1/_2$ roku; szkodliwe jest również działanie promieni na nasady kości u dzieci. Zdaniem mówcy, promienie Roentgena sprzyjają rozrzedzaniu się kości.

* * *

Müller z Rostoku wypowiedział odczyt o powstawaniu i leczeniu ropowicy (phlegmone) gazowej. Należy odróżniać postacie lżejsze od cięższych, w tych ostatnich znajdowano zazwyczaj lasecznik Fränkela (bacillus capsulatus aerogenes). Mówca niedawno spostrzegał po operacyi aseptycznej ropowicę gazową, w której wykryto lasecznika obrzęku złośliwego; idąc za radą Thiriara, wdmuchnął tlen w tkankę podskórną w okolicy schorzałej; wynik postępowania takiego był znakomity.

Podobny wynik otrzymał *Kirschner* w przypadku, spostrzeganym podczas wojny bałkańskiej; po rozległem nacięciu zranionej kończyny wdmuchnął tlen, wkrótce nastąpiła poprawa, później — zupełne wyzdrowienie; u innego ranionego osiągnął wynik pomyślny po odjęciu ramienia, dotkniętego ropowicą gazową, w której nie stosował wdmuchiwania tlenu.

Kausch wygłosił odczyt o stosowaniu kolargolu dożylnie w ciężkich zakażeniach popołogowych, po poronieniach, róży i t. d. Na szeregu tablic wykazał przytem wyraźny spadek ciepłoty; mówca radzi wstrzykiwać roztwór 2⁰/₀, poczynając od 10 ccm. i powiększać dawkę co 2 dni; wstrzykiwanie powinno odbywać się b. wolno. W przerzutach nowotworowych stosował od 45 do 80 ccm., wszakże bez żadnego skutku.

Schlossmann mówił o wartości praktycznej oznaczania krzepliwości krwi; rokowanie po operacyach wobec krwawiączki, żółtaczki, w chorobie Basedowa i t. p. — wogóle tam, gdzie krzepliwość krwi zmniejsza się, jest niepewne; nie wiele pomagają tu zwykle stosowane środki, jak np. żelatyna, chlorek wapnia i t. d.; jedynie drożdże w wielu przypadkach dały wyraźną poprawę.

Wrede roztrząsał sprawę miesienia serca wobec omdlenia (syncope) podczas znieczulenia ogólnego; oczywiście, miesienie serca bezpośrednie ma więcej wartości, niż pośrednie. Drogą doświadczeń na psach mówca przekonał się, że po dłuższem zupełnem zatrzymaniu się krwiobiegu można nanowo pobudzić krążenie za pomocą miesienia serca. Mówcy udało się

doprowadzić do życia człowieka po zastosowaniu mięsienia w ciągu 1½ godziny.

Kümmell podziela zdanie Wredego, stosował mięsienie serca bezpośrednie 4 razy z wynikiem dobrym, z tych w 2 przypadkach działał przez przeponę za pomocą cięcia brzusznego.

Sprengel poruszył sprawę wyboru środka znieczulającego ogólnego podczas operacyi wobec ostrego zapalenia otrzewnej. Zdaniem mówcy, chloroform ma zgubny wpływ na przebieg pooperacyjny takich przypadków, sprowadza bowiem potężne zmiany w narządach miąższowych, nadewszystko zaś w sercu, nerkach i wątrobie. Radzi wyłącznie morfinę i eter, a radę swą opiera na 186 przypadkach, spostrzeganych od 1911 r., a w których stosowano zamiast chloroformu eter.

Podczas rozpraw nad tym tematem *Kümmell* zachwalał stosowanie eteru dożylne, opierając się na 200 własnych przypadkach. Nie należy obawiać się zakrzepu, jeżeli wstrzykiwanie wykonywamy dokładnie.

W pierwszym dniu zjazdu odbyły się wieczorem liczne pokazy w domu Langenbecka; wobec mnóstwa obrazów radiologicznych i zdjęć kinematograficznych podziwiano tu wielki zasób środków i co zatem idzie—rozległe zdobycze radiologii.

Fränkel postawił sobie za zadanie ścisłe określenie granic nowotworu odbytnicy, kątnicy esowatej i żołądka w celu oznaczenia zawczasu rozległości zamierzonej operacyi. Za pomocą szeregu zdjęć kinematograficznych wykazał, że ruch robaczkowy pomienionych narządów przerywa się już w miejscu poczynającego się nacieczenia nowotworowego w ścianie żołądka lub kiszki.

Cohn pokazał wyrostek robaczkowy w obrazie rentgenograficznym; za pomocą odpowiedniego wypełnienia okrężnicy i wyrostka zdołał wykazać rozmaite położenia wyrostka w stanie prawidłowym i chorobowym, zarazem przekonał się, że wyrostek nie napełnia się w chwili przejścia pokarmów z jelita cienkiego do grubego, prawdopodobnie główną odgrywa tu rolę wsteczny ruch okrężnicy; zarówno opróżnianie się okrężnicy i wyrostka nie odbywa się współczesnie, ciasto bizmutowe pozostaje jeszcze w wyrostku, podczas gdy okrężnica pozbyła się już tego środka. Podczas napełniania się okrężnicy wyrostek może kilkakrotnie napełniać się i opróżniać, wreszcie w owej chwili dzięki swej ruchomości wyrostek przybiera takie kształty, które—być może—przy operacyach były uważane, jako przyczyna przewlekłych jego cierpień.

Schmieden w ciężkiem zaparciu wskutek zmian w okrężnicy, a zwłaszcza w okrężnicy esowatej zrobił połączenie u dołu obu ramion esicy, u góry zaś miejsce zgięcia tej kiszki połączył z poprzecznicą — tym sposobem ramię wewnętrzne kątnicy esowatej wytworzyło proste połączenie poprzecznicy z odbytnicą.

Josef pokazał liczne obrazy radiologiczne pęcherza moczowego, a więc kamieni, gruźlicy, owrzodzeń, oraz guzów pęcherza.

Oehlecker przedstawił szereg interesujących zdjęć rentgenowskich,

zwłaszcza z zakresu cierpień stawowych w wiądzie rdzenia, jak również wyniki po operacyach na tych stawach.

Rehn pokazał liczne obrazy z doświadczeń nad zapaleniem osierdzia, oraz zdjęcia z przypadków nowotworu osierdzia.

Coenen przedstawił fotografie zwykłe rentgenowskie ran postrzałowych podczas wojny bałkańskiej; uszkodzenia te, naogół b. ciężkie, zwracają na siebie szczególną uwagę tem, że rany wylotowe kul karabinowych są olbrzymie i strasznie poszarpane, pozatem na wielu obrazach widać było, jak jeden postrzał na przebiegu swym tworzył kilka ran kanałowych.

Dość podobny pokaz miał *Mühsam* również z wojny bałkańskiej, *Goebel* zaś zaznajomił zebranych z urządzeniem szpitali polowych tureckich w Trypolisie.

Heile pokazał, jak szerzy się płyn, wstrzyknięty w przestrzeń, znajdującą się zewnątrz opony twardej (epiduralis).

Perthes objaśniał obrazy zmian zniekształcających chrząstki pośredniej (osteochondritis deformans).

Krause w odpowiednich rzutach na zdjęciach rentgenowskich i na fotografiach wykazał, jak ułatwia się rozpoznanie siedliska cierpień mózgowych i rdzeniowych.

Voelcker przedstawił szereg pięknych zdjęć z miedniczek, moczowodów, rozszerzenia kielichów i kamieni nerkowych.

Brandes na obrazach rentgenowskich wykazał, jak dalece zanika tkanka kostna podczas unieruchomienia kończyny w szeregu doświadczeń nad kością piętową u królików.

Wreszcie na zakończenie—pokazy *Axhausena* i *Glaessnera* z patologii kończyn dolnych.

Drugi dzień zjazdu poświęcono wrzodowi dwunastnicy; odczyt programowy wygłosił *Küttner*; opierając się na 800 przypadkach, dostarczonych mu przez 80 chirurgów, cierpienie powyższe nacechował w sposób następujący: stosunek wrzodu okrągłego żołądka do wrzodu dwunastnicy da się określić, jak 3 : 1. Przyczyny powstawania są dotychczas niewiadome. Niektórzy autorowie przyczynę wrzodu dwunastnicy upatrują w zatorze żylnym wstecznym po cięciu brzucha, albo też po zapaleniu wyrostka robaczkowego, inni znowu powstawanie wrzodu przypisują działaniu nerwów najbliższych.

Co do objawów, to poczytują, jako wielce charakterystyczny—uczucie głodu, występujące w $1^1/_2$ — 3 godzin po jedzeniu; częste są również spostrzeżenia, że chorzy budzą się w nocy około godz. 2-ej, i w celu kojenia bólu zmuszeni są spożyć niewielką ilość już zawczasu przygotowanego pokarmu. Objaw ten Moynihan stwierdził u $97^0/_0$ chorych z 389 spostrzeganych przez siebie przypadków, mówca wszakże zaznacza, że podobny ból istnieje w zapaleniu około pęcherza żółciowego, w zrostach odźwiernika, wreszcie — w raku żołądka; zdaniem jego, więcej ma wartości rozpoznawczej peryodyczne występowanie tego bólu śród pozornie najlepszego zdrowia, na co zresztą zwraca uwagę Moynihan.

Co do innych objawów, to należy przytoczyć nadkwaśność żołądkową w 40% przypadków, niedokwaśność w 20%, chemizm żołądka prawidłowy w 40%, w ogólności zaś wrzodowi dwunastnicy prawie zawsze towarzyszy nadmierne wydzielanie soku żołądkowego; duża wrażliwość na ucisk w smudze białej, albo na prawo od niej, napięcie i sztywność części górnej m. prostego brzucha prawego, naostatek—krwawienie kiszkowe utajone. Oto objawy mniej ważne wzięte pojedynczo, razem wszakże mogą dużo zaważyć podczas rozpoznawania wrzodu dwunastnicy. Radiologia w celu rozpoznawczym ma wartość niezaprzeczoną.

Rozpoznanie różniczkowe waha się między wrzodem okrągłym żołądka i cierpieniem pęcherza żółciowego obok zrostów zapalnych z narządami sąsiednimi; podczas operacyi można dopiero przekonać się o wielkiej trudności rozpoznawania, zwłaszcza — jeżeli wrzód usadowił się na tylnej ścianie kiszki.

Rokowanie jest znacznie cięższe, niż we wrzodzie żołądka z uwagi na przedziurawienia kiszki i krwotoki. Przedziurawienie dwunastnicy spostrzegano w 20% przypadków, a krwawienie z zejściem niepomyślnem w 11%.

Leczenie tylko operacyjne; wycięcie wrzodu całkowite, o ile siedzi on na przedniej ścianie kiszki, dalej — wycięcie odźwiernika wraz z częścią dwunastnicy, zawierającą wrzód, wreszcie — zespolenie żołądka z jelitem czczem, które należy kojarzyć z wyłączeniem odźwiernika, o ile nie jest on już dostatecznie skurczony. Wszystkie wszakże sposoby przewężenia odźwiernika są niepewne, a nadewszystko nie chronią od dalszych krwawień wrzodu. Mówca uważa za najwięcej słuszny sposób Eiselsberga, polegający na wyłączeniu jednostronnem odźwiernika, i radzi stosować go tam, gdzie odźwiernik nie jest dostatecznie skurczony, w przeciwnym razie powinna wystarczyć zwykła przetoka żołądkowojelitowa.

Co do powikłań wrzodu, to przedziurawienie do jamy otrzewnej w 58% przypadków kończy się śmiertelnie w ciągu pierwszej doby; po upływie 48 godzin ginie reszta. Postępowanie w krwotokach jest takie samo, jak w krwawieniu wrzodu żołądka.

Von den Velden w celu szybkiego zwiększenia krzepliwości krwi w krwotokach stosuje roztwór chlorku sodu 5% — 10% dożylnie w ilości 4 — 5 ccm.

Bergmann utrzymuje, że wrzód dwunastnicy zawdzięcza swe pochodzenie nieprawidłowościom układu nerwowego trzewowego; w leczeniu należy osiągnąć skurczenie odźwiernika stałe, aby uwolnić całkowicie dwunastnicę od przesuwania się treści żołądkowej.

Gundermann wywoływał na drodze doświadczalnej u królików i u psów owrzodzenia dwunastnicy i żołądka za pomocą częściowego wyłączenia żyły wrotnej, wreszcie przyszedł do przekonania, że najważniejszym czynnikiem w powstawaniu tych cierpień jest nieprawidłowa czynność wątroby.

Haudek powołuje się na zdobycze radiologii z ostatnich lat w celu wykazania siedliska wrzodu żołądka, dwunastnicy lub odźwiernika.

Haberer spostrzegał 3 przypadki wrzodu peptycznego kiszki czczej

w krótszem ramieniu jelita, połączonego z żołądkiem po zespoleniu tylnem; samo połączenie było bez zarzutu, zastosowano zabieg ponowny z wynikiem pomyślnym. Ci trzej chorzy mieli oddawna nadkwaśność; mówca mniema, że istnieje ścisły związek między wrzodem i nadkwaśnością, i dlatego radzi jaknajrychlej operować wrzód okrągły żołądka.

Podczas rozpraw nad wrzodem dwunastnicy *Schmieden* zwraca uwagę, że na obrazach radiologicznych większości przypadków, operowanych w klinice Biera z powodu wrzodu dwunastnicy, widać było dłuższe pozostawanie ciasta bizmutowego, stąd wnioskuje, że kwaśna treść żołądka, zatrzymując się dłużej w dwunastnicy, może być powodem tworzenia się wrzodu; zatrzymywanie się treści może być zależne od opadania żołądka, zrostów odźwiernika z otaczającymi narządami i t. d.

Bier radzi starannie zbierać wywiady, które niekiedy dają wartościowe wskazówki, ułatwiające rozpoznanie wrzodu. Najchętniej wykonywa zespolenie żołądka z jelitem tylne, odźwiernik zaś fałduje według sposobu Moynihana.

W dalszych rozprawach inni mówcy roztrząsali szczegóły postępowania operacyjnego w omawianej sprawie.

* * *

Co do leczenia spraw septycznych za pomocą alkaliów zabrał głos *Vorschütz*; powołując się na postępowanie Tilmanna, który od kilku lat we wszystkich przypadkach zapaleń ropnych wprowadza do krwi u dorosłych 10—20 grm. dwuwęglanu sodu, u dzieci od 5—10 grm., przytacza również doświadczenia własne na królikach, u których wprowadzał do krwi kwas solny rozwodniony lub alkalia, w pierwszym razie krew najwidoczniej traciła własności neutralizowania zarazka, w drugim zaś — stawała się odporniejszą, niż prawidłowa.

W dziale chirurgii płuc *Tiegel* poruszył sprawę postępowania w ranach płuca; na mocy doświadczeń swych na psach, u których rany takie goiły się samoistnie, radzi u ludzi postępować oględnie i niezbyt radykalnie, zazwyczaj wystarcza wypompowanie płynu krwawego z opłucnej, jedynie krwawienie nieustające jest wskazaniem do operacyi.

Guleke w ranach głębokich drążących do klatki piersiowej i częstokroć do jamy brzusznej radzi wykonywać cięcie poprzeczne przez powłoki brzuszne.

Schumacher mówił o 3 przypadkach zatoru tętnicy płucnej, operowanych w klinice w Zurychu. Rozpoznanie różniczkowe jest trudne z uwagi na podobieństwo objawów, towarzyszących zatorowi, jak również przypadłości w cierpieniach serca; powstanie zatoru może być albo błyskawiczne, albo dość szybkie, wreszcie—powolne. Mówca mniema, że operacya Trendelenburga tylko w pierwszym razie, a więc przy powstaniu błyskawicznem, ma jakie takie widoki powodzenia.

Rehn podczas zabiegu tego radzi uciskać żyłę główną (v. cava) zamiast tętnicy płucnej; operacyę tę wykonał dwa razy z zejściem niepomyślnem.

* * *

Podczas rozpraw nad przeszczepianiem i chirurgią plastyczną *Küttner* mówił o przeszczepieniu z trupa górnej części uda w 2 przypadkach, oprócz tego pokazał dziewczynkę, u której wobec wrodzonego braku strzałki przeszczepił przed $1^1/_2$ rokiem kość tę z małpy z wynikiem pomyślnym.

Hildebrand w porażeniu nerwu twarzowego przesunął pod skórą część m. mostkowosutkowoobojczykowego na stronie porażenia i umocował go u kąta ust; wynik niezbyt zachęcający; podczas śmiechu druga strona mocno pociąga usta.

Stein w tym samym celu przeszczepiał pod skórę policzka kawałek powięzi udowej, którą przymocowywał do kąta ust i do kości jarzmowej; wynik pod względem kosmetycznym był dość dobry.

Co do przeszczepiań z trupa *Lexer* twierdzi, że niepodobna tu posiąść materyał aseptyczny, pozatem — przeszczepianie jednoczesne (t. homoplastica) u ludzi nie daje wyniku zadowalającego; w najbliższym przypadku ma zamiar stosować szczepienie heteroplastyczne.

W przypadku tętniaka t. biodrowej zewnętrznej na miejsce braku po wycięciu tegoż Lexer wszczepił z wynikiem doskonałym 18 cm. żyły podskórnej odpiszczelowej (v. saphena).

Röpke w 13 przypadkach operacyjnego uruchomienia zarośniętych lub zesztywniałych stawów wszczepiał tkankę tłuszczową pomiędzy powierzchnie stawowe; zachwycony pomyślnymi wynikami, mówca zachęca do wykonywania zabiegu takiego we wszystkich przypadkach krwawych uruchomień, jak również po operacyach gruźlicy stawowej.

König powołał się na zeszłoroczne przemówienie swe o wszczepianiu kości słoniowej, zwraca uwagę na trudności w umocowywaniu kości słoniowej; z szeregu pomyślnych przypadków pokazał kobietę, u której górną część kości ramieniowej, usuniętą z powodu mięsaka, zastąpił przez odpowiednio urobioną i przystosowaną do pozostałej części kość słoniową.

Podczas rozpraw nad chirurgią naczyń krwionośnych *Jaeger* pokazał psy, u których wykonał rozległe wycięcie naczyń.

Eden przytoczył przypadek z kliniki Lexera, gdzie po rozległem uszkodzeniu przedramienia wycięto bliznę, oraz wszczepiono tkankę tłuszczową pomiędzy zeszyte i obnażone nerwy i ścięgna.

Rehn pokazał 8 chorych, u których przeszczepił ścięgna na palcach rąk z wynikiem czynnościowym doskonałym; utrata ścięgien w przypadkach tych była następstwem ropnego zapalenia pochew.

Riedel w licznych przypadkach po wycięciu stawu wszczepiał na nowo główkę wraz z linią nasadową kości; wyniki w zapaleniu szpiku kości lub w gruźlicy były dobre, wszelako często następowało zesztywnienie stawu, albo zanik części nasadowej. Sądzi zatem, że możnaby z korzyścią

wielką stosować zabieg powyższy wraz z postępowaniem Roepkego — mianowicie wszczepianiem tkanki tłuszczowej.

Girard opowiedział zajmujące dzieje z przypadków utrudnionego połykania i oddychania (dysphagia et dyspnoea lusoria) wskutek nieprawidłowego przebiegu tętnicy podobojczykowej prawej, z powodu ucisku tchawicy i nerwu krtaniowego dolnego (n. recurrens) przez t. podobojczykową występowały dolegliwości powyższe; parokrotnie mylnie podjęta operacya oczywiście nie dała tu żadnej poprawy, dopiero na drodze umocowania pomienionej tętnicy osiągnięto wynik pomyślny.

W końcu posiedzenia *Schmieden* pokazał mężczyznę, u którego częściowy brak żuchwy zastąpił wszczepionym kawałkiem kości goleniowej.

Hayward przedstawił kobietę, u której duży brak gruczołu sutkowego po usunięciu gruczolaka zastąpił tkanką tłuszczową, wszczepioną skutecznie zwłaszcza pod względem kosmetycznym.

Trzeci dzień Zjazdu przed południem poświęcono pracom z chirurgii mózgu i rdzenia; odczyt programowy wygłosił *Eiselsberg* i oparł się głównie na spostrzeganych i operowanych przez siebie przypadkach. Przypadków tych miał 162, w 69 rozpoznano guz mózgu, z tych w 40 było wykonane usunięcie guza z zejściem niepomyślnem w 9-iu zaraz po operacyi. Z 31 chorych, wypisanych ze szpitala, 10 zmarło wkrótce, z pozostałych 21 tylko 9 można uważać za wyleczonych; w 20 przypadkach mówca nie znalazł guza po otworzeniu czaszki, z tych zmarło 7 osób wskutek operacyi.

Wogóle — rokowanie wobec guzów mózgowia nie jest zachęcające; wszakże o wiele gorszą statystykę dają guzy móżdżku, z 33 przypadków takich 27 skończyło się niepomyślnie. Guzy nerwu słuchowego również nie były lepsze, z 17 przypadków tylko w 4 stwierdzono wyzdrowienie, reszta zmarła zaraz po operacyi.

Zabiegi łagodzące, mające na celu zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, dają również wyniki niepocieszające. Przyczyny wczesnego zejścia śmiertelnego po operacyi szukać należy w shocku oraz w zapaleniu opon. Co się tyczy techniki, to mówca wykonywa zabiegi czaszkowe przeważnie w znieczuleniu miejscowem (nowokaina z adrenaliną) i zawsze dwuczasowo; należy nieodwołalnie otwierać jamę czaszkową możliwie szeroko; w celu powstrzymania krwawienia z powłok czaszki stosuje bandaż Esmarcha, najchętniej używa frezy Doyena, rzadziej posługuje się szczypcami Dahlgrena, krwawiące miejsca w kości zapycha specyalnymi tamponikami, albo kołeczkami; radzi najstaranniej zaszywać oponę twardą i powłoki czaszki po wprowadzeniu sączka; przeszczepianie powięzi szerokiej uda do opony twardej w 24 przypadkach dało wynik b. dobry, postępowanie takie zarówno zapobiega przepuklinie mózgowej, jako też chroni opony mózgowe od zakażenia. Po operacyach na móżdżku obawy wypadnięcia tegoż są płonne.

Jakkolwiek mówca nie jest zachwycony swymi wynikami, kładzie je-

dnak nacisk na wczesne rozpoznanie i na wczesną operacyę, zarazem zachęca do tych zabiegów, sądzi bowiem, że byłoby rzeczą nieludzką uchylać się od operowania guzów mózgu wobec lichego rokowania.

Ranzi z kliniki Eiselsberga zdał sprawę z 40 wykonanych tam laminektomii. Z powodu guzów 17 razy (z 5 zejściami śmiertelnemi), z powodu złamania kręgów 5 razy (z 3 zejściami śmiertelnemi), z powodu próchnienia kręgów 2 razy (oba zejścia niepomyślne), wreszcie — operacyę Förstera wykonano 16 razy (z 3 wynikami śmiertelnymi).

Guzy zewnątrzrdzeniowe, oczywiście, dawały lepsze wyniki, niż wewnątrzrdzeniowe; operacyę wykonywano jednoczasowo w znieczuleniu ogólnem (chloroform i eter), łuki kręgowe usuwano śmiało, dość szeroko, również nacinano oponę twardą, bacząc wszakże, aby operowany nie tracił zbyt dużo i zbyt szybko płyn mózgowordzeniowy, nie tamponowano rany, lecz zaszywano ją bardzo starannie po uprzedniem wprowadzeniu sączka.

Rokowanie po operacyach rdzeniowych naogół jest lepsze, niż po mózgowych, tu również wczesne operowanie jest nieodzowne, zdaniem mówcy — wskazania do zabiegu tego powinny być rozleglejsze, niż dotąd.

Goldmann wypowiedział zajmujący odczyt p. t. „Badania doświadczalne nad czynnością splotu naczyniówkowego (plexus chorioideus) i opon mózgowych". Mówca za pomocą doświadczeń na psach przekonał się, że splot naczyniówkowy odgrywa rolę narządu dla ochrony i regulowania centralnego układu nerwowego, opony zaś zachowują się względem mózgu tak, jak otrzewna względem trzew.

Küttner zastanawiał się nad pytaniem, „co osiągamy na drodze operacyjnej wobec rozpoznawania guza mózgu". Mówca wykonał 92 trepanacye, z tych 42 dekompresyjne, a więc — mające na celu zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego; skoro w tym razie pojedyncza trepanacya nie wystarcza, wykonywa drugą, zatem poniżej namiotu móżdżku, o ile pierwszą zrobił powyżej. Brodawka zastoinowa nie wystarcza do określenia miejsca nowotworu, sama jednak stanowi już poważne wskazanie do zabiegu operacyjnego. W przypadkach wodogłowia samoistnego mówca osiągnął wyniki doskonałe za pomocą trepanacyi. Co do techniki, to mówca operuje dwuczasowo w znieczuleniu miejscowem, posługuje się klampami Makkasa, i nie zeszywa opony twardej.

Z przytoczonej powyżej liczby operowanych 22 zmarło zaraz po zabiegu, 22 żyje dotąd, z tych 10 jest zdolnych do pracy, reszta zmarła później wskutek przerzutów i nawrotu nowotworu. W końcu mówca zaznacza, że wczesne rozpoznanie i wczesne operowanie jest nieodzowne.

Oppenheim utrzymuje, że wyniki operacyjne nie odpowiadają udoskonaleniu rozpoznania i techniki; w przypadkach guzów mózgowia wskazania operacyjne powinny być znacznie ograniczone.

Schloffer w 2 przypadkach usunął strop kanału wzrokowego w celu zmniejszenia ucisku nerwu wzrokowego przez tętnicę szyjową; chociaż zabieg ten nie dał wyleczenia zupełnego, wszakże należy stosować go tam, gdzie zaburzenia wzrokowe trwają pomimo wszelkich wysiłków leczniczych; w pomienionych przypadkach mówca uprzednio wykonał bez żadnego

skutku nakłucie modzelówki (corpus callosum), tudzież trepanacyę dekompresyjną.

Sauerbruch mówił o badaniach doświadczalnych nad powstawaniem padaczki; za pomocą drażnienia mechanicznego w okolicy ośrodków ruchowych korowych u małp, oraz stosowania kokainy wywoływał drgawki lub padaczkę, zależnie od ilości podawanego środka; zatem małe dawki, w warunkach prawidłowych nic nieznaczące, tutaj sprowadzały napad padaczki. Dalej przekonał się, że obrażenie kory anatomiczne nie jest niezbędne do wzmożenia pobudliwości i usposobienia do napadu, skoro np. za pomocą ruchów czynnych lub biernych doprowadzał w ciągu 2 godzin do zmęczenia kończynę górną lub dolną małpy, wówczas osiągał wzmożenie pobudliwości ośrodka ruchowego do tego stopnia, że wystarczały nieznaczne ilości kokainy, by wywołać drgawki, a później stan padaczkowy, jeżeli nie przerwano podawania kokainy. Z doświadczeń powyższych wynika, że niezbędne są dwa czynniki dla wywołania napadu i choroby następczej; mówca sądzi, że tylko przypadki z obrażeniem anatomicznem ośrodków ruchowych korowych nadają się do leczenia chirurgicznego; w padaczce samoistnej leczenie będzie polegało na zmniejszeniu wrażliwości kory mózgowej.

Muskens poruszył wyłącznie sprawę padaczki urazowej w związku z uszkodzeniem czaszki i starał się zapewnić, że tylko taka padaczka daje wyniki operacyjne bądź co bądź zadowalające.

Ritter w celu uniknięcia krwawienia podczas operacyi czaszkowych i mózgowych radzi nakładać podwiązki tymczasowe na obie tętnice szyjowe wspólne, postępowanie to wypróbował na psach i w 3 przypadkach u ludzi; jak wiadomo, po zamknięciu światła obu tych naczyń następuje natychmiast utrata przytomności, wszakże przytomność wraca zaraz po przerwaniu zaciśnięcia, dlatego mówca nie stosuje wówczas znieczulenia ogólnego, posługuje się odpowiednimi klampami oraz zapewnia, że nie zauważył ujemnego wpływu od zamknięcia naczyć, które trwało przez 50 minut

Po wygłoszeniu odczytów powyższych nastąpiły b. ożywione rozprawy i liczne pokazy.

Pierwszy zabrał głos *Hildebrand*, który wykonał 80 operacyi na mózgu i około 50 na móżdżku; co do rokowania podziela w zupełności zdanie Eiselsberga, uważa glejaki pod względem rokowania za najgorsze, o wiele lępsze co do wyników są guzy, pochodzące z opon, aniżeli z istoty mózgowej, naostatek, mówca miał lepsze wyniki po operacyach na móżdżku, niż po mózgowych.

Po nim przemówił wytrawny znawca omawianej sprawy *F. Krause*; nie unosi się zbytnio nad skutkami zabiegów mózgowych, twierdzi wszakże, że nie należy nigdy uchylać się od pomocy tym nieszczęśliwym chorym. W guzach nerwu słuchowego na 50 przypadków miał tylko 4 razy zejście pomyślne. Zapalenie opon mózgowych surowicze dało częstokroć wynik dobry. Operacyę przysadki należy wykonywać tylko drogą czołową, rp. wewnątrzczaszkową, drogę nosową uważa za trudną i nieodpowiednią.

Co do pokazów, to *Stieda* przedstawił glejak, wyłuszczony z podko-

rowej części lewej półkuli, podczas wyłuszczania pękła ścieńczała ściana komory bocznej; mówca operuje w znieczuleniu miejscowem, powłoki czaszki przed nacięciem obkłuwa, a oponę twardą starannie zaszywa.

Po wyczerpaniu olbrzymiego materyału w długim szeregu przemówień i pokazów, ciąg dalszy posiedzenia poświęcono narządom moczowopłciowym; interesujące sprawozdanie z wielkiej swej pracy na tem polu wygłosił *Kümmel*, nawiązując do pytania, jaki jest dalszy los chorych po wycięciu nerki. Odczyt swój oparł na 800 przypadkach, z tych w 150 była gruźlica, 10 razy stwierdzono wrodzony brak nerki; wykonał 386 wycięć nerki, z tych 145 razy z powodu gruźlicy; z tej ostatniej liczby 30 osób zmarło w ciągu 6 miesięcy po operacyi, 14 osób — w ciągu pierwszych 5 lat bądź z powodu gruźlicy ogólnej, bądź z powodu gruźlicy 2-ej nerki. Po wycięciu gruźliczej nerki nie wcześniej wolno mówić o zupełnem wyzdrowieniu, niż po 4 latach, oczywiście — przy dobrym stanie ogólnym przez cały ten czas.

Z powodu guza mówca wyciął nerkę 67 razy, tylko w 9 przypadkach były guzy dobrotliwe; z 58 operowanych z powodu guzów złośliwych po 4 latach pozostało przy życiu tylko 12 osób. Rokowanie jest tu gorsze, niż w gruźlicy i wogóle jest niepomyślne, skoro guz przekroczył torebkę nerkową; brak nawrotu w ciągu 4 lat świadczy tu również o zupełnem wyzdrowieniu. Z 35 operowanych z powodu wodonercza zmarł tylko jeden, zaś ze 118 z powodu roponercza — zmarło 11.

Wycięcie nerki w stanie zapalnym może być uzasadnione albo z powodu ciężkiego ropienia, albo też z powodu krwawienia niepohamowanego po nacięciu nerki; rokowanie zazwyczaj jest niepomyślne wobec nieuniknionego prawie dalszego ciągu sprawy zapalnej w 2-ej nerce.

Skoro obie nerki są już gruźlicze, wolno jest usunąć gorszą po dokładnem zbadaniu wydolności drugiej nerki. Tylko stosowanie eteru w celu znieczulenia ogólnego jest — zdaniem mówcy — bezkarne przy jednej zdrowej nerce. Co się tyczy ciąży i porodu u osób po wycięciu nerki, to K. spostrzegał 17 takich przypadków, z tych raz jeden tylko wobec zapalenia nerki należało wykonać sztucznie poród przedwczesny, reszta przypadków przebiegała pomyślnie bez następczego wpływu na pozostałą nerkę.

Podczas rozpraw zastanawiano się nad pytaniami, czy może wygoić się nerka gruźlicza bez wycięcia, i czy wystarcza jedna nerka w ciąży i porodzie, naostatek przytoczono zajmującą kazuistykę oraz statystykę większych oddziałów odnośnie chirurgii nerek.

Graser w szeregu przypadków cierpienia jednej nerki (guz, kamień, gruźlica) przekonał się, że ciężar gatunkowy moczu w ciągu doby ulega dużym wahaniom; wahania te w warunkach prawidłowych wynoszą 10 jednostek, tymczasem wykrycie różnicy, wynoszącej 15 lub więcej jednostek, świadczy niezawodnie o zaburzeniu w czynności nerek. Zjawisko to mówca tłómaczy wpływem nerwowym, czerpiącym swe źródło w nerce chorej; jak wiadomo, nerw współczulny sięga kłębków nerkowych, działanie zatem na nerw ten pośrednie, lub bezpośrednie wpływa niezawodnie na różnicę w wydzielaniu moczu.

Każdy wie dobrze, jak oddziaływają na wydzielanie moczu takie wpływy nerwowe, jak np. przestrach, wzruszenie i t. d., z drugiej znowu strony — kamień, uwięziony w jednym moczowodzie, może zatrzymać wydzielanie moczu w obu nerkach, innemi słowy pociąga za sobą zupełny bezmocz.

Lobenhoffer, asystent Grasera, w celu sprawdzenia powyższych przypuszczeń wykonał na psach 40 doświadczeń, polegających na przeszczepianiu nerki na miejsce śledziony po wycięciu drugiej nerki u tych zwierząt. Z doświadczeń tych wynika, że nerka posiada swój własny ośrodek automatyczny, który w znacznej mierze kieruje czynnością tego narządu.

Riedel operował 19 przypadków wrodzonych zwężeń cewki śród ogólnej liczby 116 spostrzeganych przez siebie zwężeń cewki; najwięcej, bo 55 przypadków, było pochodzenia wiewiórowego, a 38 urazowego; zazwyczaj wykonywał nacięcie cewki moczowej zewnętrzne, rokowanie po operacyi nie zawsze jest pomyślne z uwagi na powikłania, towarzyszące zwężeniu, które właśnie skłaniają chorych do szukania pomocy: naostatek mówca napomniał o sposobie Lexera, mianowicie o wszczepianiu wyrostka robaczkowego na miejsce wyciętej części cewki.

Podczas rozpraw w tym przedmiocie *Joseph* zwrócił uwagę, że w rozleglejszych zwężeniach zarówno nacięcie cewki zewnętrzne, jakoteż wycięcie schorzałej części cewki jest niedostateczne, po pierwszem bowiem pozostaje nowa blizna, po drugiem zaś — niepodobna zbliżyć dostatecznie odcinków w celu ich zeszycia.

Zaznaczając trudności we wszczepianiu wyrostka robaczkowego lub żyły podskórnej odpiszczelowej (v. saphena), zachwala nowoczesny również sposób Mariona, polegający na uruchomieniu cewki w wiszącej części prącia i na zeszyciu jej po usunięciu całkowitem części bliznowatej. W celu zapewnienia sobie rychłozrostu należy sączkować pęcherz w okolicy nadłonowej.

Garré zwrócił uwagę przedmówcy, że już przed 20 laty sposób ten pomyślany i wykonany z zupełnem powodzeniem przez Socina z Bazylei był opisany zarazem przez Häglera.

Mühsam po wycięciu 8 cm. cewki zbliznowaciałej wszczepił odpowiedni odcinek żyły podskórnej odpiszczelowej z doskonałym wynikiem.

Voelcker na zjeździe zeszłorocznym ogłosił swój sposób operowania pęcherzyków nasiennych, właściwie — wskazał drogę łatwego przedostawania się do nich. Do tej chwili zdołał wykonać operacyę powyższą 11 razy z zadowalającym skutkiem. Przy sposobności zwraca uwagę na spostrzeżenia lekarzy amerykańskich odnośnie częstej przyczyny przewlekłych zapaleń stawowych, cierpienie to znikało zupełnie po usunięciu pęcherzyków nasiennych, w których wykryto ropę z dwoinkami wiewiórowemi.

Resztę posiedzenia popołudniowego poświęcono wolu i grasicy.

Ströbel wykonał szereg doświadczeń na kotach, i przekonał się, że zwężenie tchawicy pociąga za sobą przerost serca, zatem we wolu zgodnie z przypuszczeniem Rosego niekoniecznie należy szukać toksyczności w samem wolu w celu wytłómaczenia przerostu serca.

Haberer opowiedział nader zajmujący przypadek choroby Basedowa u 30-letniego mężczyzny, wyleczony zupełnie po wycięciu grasicy; do zabiegu tego zniewoliła mówcę bezskuteczność wszelkich środków leczniczych, nadewszystko zaś wycięcie gruczołu tarczowego z jednej strony, oraz późniejsze podwiązanie obu tętnic z drugiej; dodać należy, że grasica w przypadku tym była mała, pozatem poprawa w czynności serca po operacyi była zdumiewająca.

Dalej rozprawiano nad przyczyną choroby Basedowa i ważniejszymi jej objawami. W końcu posiedzenia *Thost* mówił o rozszerzaniu zwężeń tchawicy po tracheotomii za pomocą metalowego przyrządu przy rurce tchawiczej w celu odsunięcia tylnej ściany krtani. W podobny sposób leczył przeszło 50 osób z wynikiem pożądanym, leczenie wszakże trwa długo, bo od 8 miesięcy do trzech lat.

Ranne posiedzenie 4-go dnia zjazdu wypełniono szeregiem b. zajmujących odczytów z chirurgii wojskowej, polowej i morskiej, przemawiali prawie wyłącznie ludzie młodzi, niektórzy z wielką swadą, i przemówienia swe uzupełniali mnóstwem fotografii zwykłych i rentgenowskich, tudzież pocisków i preparatów. Wyprawa niemieckiego Czerwonego Krzyża do Trypolisu, następnie praca lekarzy niemieckich w armiach związkowych bałkańskich wzbogaciły chirurgię polową nowoczesną olbrzymią liczbą spostrzeżeń, a zarazem wytknęły drogę, jak należy postępować na przyszłość.

Goebel zauważył w Trypolisie, że suchy klimat dobroczynnie wpływał na przebieg ran postrzałowych; wogóle pociski z karabinów włoskich 6 milimetrowych na większej odległości (na co zresztą zwrócono już uwagę podczas wojny rosyjsko-japońskiej) nie były zbyt ciężkie, rany drążące stawów, klatki piersiowej, niekiedy brzucha goiły się samoistnie bez wszelkich powikłań. O wiele cięższe uszkodzenia sprawiały pociski najnowsze, mianowicie bomby, rzucane z aeroplanów. Podczas gojenia się ran mówca często spostrzegał prątka ropy błękitnej, natomiast nigdy nie widział tężca, obficie stosował nalewkę jodową, a mastisol dla opatrunków unieruchomiających uważa jako środek znakomity. Najcięższem powikłaniem, zarazem zbyt częstem, był tyfus.

Coenen podczas pracy swej w Atenach zebrał nader interesujące liczby odnośnie wyzdrowień po ranach postrzałowych, mianowicie z ogólnej liczby niespełna 700 rannych prawie $^2/_3$ zagoiło się samoistnie bez pomocy operacyjnej, zmarło 7, u 4 wykonano amputacyę i u tyluż rezekcyę stawów. Z 94 złamań powikłanych postrzałowych 83 zagoiło się bez powikłań; mówca operował 5 przypadków tętniaka, w jednym z nich wszczepił żyłę podskórną odpiszczelową. W ranach postrzałowych czaszki wykonywał trepanacyę tylko w razie przebiegu kuli stycznego.

Kirschner leczył około 1000 ranionych w armii bułgarskiej, oraz wykonał 300 operacyi głównie z powodu zakażenia ran. Zakażenia te przypisuje lichym urządzeniom sanitarnym nietylko na pozycyach bliższych, lecz i na dalszych, nadewszystko zaś niezmiernie wadliwemu transportowi ranionych,

który trwał od 2 do 6 dni; trudno wyobrazić sobie męczarnie ranionych ze złamaniami kończyn powikłanemi i źle unieruchomionemi podczas takiego transportu. Zupełny brak przyrządów unieruchomiających oraz niedostateczna ilość środków opatrunkowych wciąż stały na przeszkodzie dokładnemu postępowaniu lekarskiemu.

Zur Verth, jako lekarz marynarki, porównał skutki pocisków morskich w porównaniu z lądowymi, oraz przedstawił zbiór kul i odłamków granatów. Ponieważ na morzu głównie działa ciężka artylerya, zatem skutki jej pocisków są wielekroć poważniejsze, aniżeli piechoty lub artyleryi lądowej. Zgniecenia, zmiażdżenia, zwłaszcza górnych części ciała, dalej — krwawienia wtórne, wreszcie działanie zgubne gazów, wydzielających się z granatów, są tu zjawiskiem częstem. Wogóle praca chirurgiczna na morzu jest znacznie cięższa, niż na lądzie.

Frank w szpitalu greckim w Salonikach podziwiał łagodny przebieg ran postrzałowych wobec kul karabinowych małego kalibru. Rany drążące brzucha i klatki piersiowej goiły się same b. dobrze po zastosowaniu spokoju i przetworów makowca. Sposoby opatrywania były proste, wszakże zapobiegały w zupełności zakażeniom ran, szczodrze również stosowano przyrządy unieruchomiające.

Goldammer zwrócił uwagę na wielce niedbałe opatrywanie ran bezpośrednio na polu bitwy, nie widział przytem zupełnie dostatecznych unieruchomień, zrozumiała była zatem ogromna liczba zakażeń pierwotnych. Z wielką korzyścią mówca stosował przekrwienie żylne w ciężkich uszkodzeniach kończyn, oraz poddawał działaniu słońca rozległe zgniecenia i zmiażdżenia, które przez cały dzień pozostawały bez opatrunku.

Dalszy szereg mówców roztrząsał główne cechy postrzałów, uszkodzenia naczyń i powstawanie tętniaków.

Oettingen dzieli zakażenia ran postrzałowych na pierwotne i wtórne, utrzymuje zarazem, że każda rana postrzałowa jest odrazu zakażona. Przyczyna zakażenia wtórnego leży w braku odpowiedniego opatrunku. W ranach drążących nie radzi używać zgłębnika. Cała przyszłość rany i ranionego zawisła od 1-go opatrunku. Zawieszanie kończyny poczytuje za środek zapobiegawczy powstawaniu ropówki.

Dreyer widział liczne przypadki zgorzeli stopy podczas zajęć swych w szpitalu w Konstantynopolu. Rzecz szczególna, że zgorzel ta powstawała nawet przy ciepłocie powyżej zera, lecz przy długotrwałej wilgoci, gdy namiękłe obuwie, długi czas nie zdejmowane, wywierało ucisk i hamowało krwiobieg u ludzi wycieńczonych z powodu głodu i nadmiernych wysiłków. Mówca wykonywał odjęcia stopy zgorzelinowej w znieczuleniu miejscowem; obecnie używane obuwie żołnierzy zarówno sznurowane, jakoteż z cholewami uważa za nieodpowiednie, natomiast radzi stosować buty z cholewami na przegubie rozcięte i sznurowane.

Rozprawy, dotyczące chirurgii polowej, trwały długo, szereg mówców zabierał głos i dzielił się ze słuchaczami nabytem podczas ostatniej wojny doświadczeniem. Większość wypowiedziała się prawie jednogłośnie, że o ile postrzały były obecnie mniej ciężkie, niż dawniej, o tyle znowu podawanie pierwszej pomocy oraz transport ranionych były o ile nie gor-

sze, to napewno nie lepsze, niż dawniej. Gdyby udało się nakładać wzorowo 1-y opatrunek i wygodnie przewozić ranionych choćby b. daleko, wyniki napewno byłyby lepsze, a olbrzymią większość postrzałów możnaby leczyć zachowawczo.

Na posiedzeniu popołudniowem rozprawiano o chirurgii przełyku, a przedewszystkiem o wycięciu narządu tego z powodu guza złośliwego. Jak dotąd, zabieg ten nie dał wyników zachęcających.

Ach szczegółowo roztrząsał podany przez siebie sposób operacyjny i zachęcał do naśladownictwa.

Rehn radził cięcie wywiadowcze w celu przekonania się, czy guz nadaje się do operacyi, czy też nie.

Roepke mówił o wytworzeniu przełyku z kiszki cienkiej, przeciągniętej przez żołądek.

Kümmel wykonał wytworzenie przełyku 7 razy; zarówno odcinek górny, jakoteż i dolny przenosił pod skórę i tu spajał szwem; zawsze należy operować dwuczasowo, wogóle wyniki miał niedobre z wyjątkiem jednego tylko przypadku względnie pomyślnego

Kehr pokrótce zdał sprawę z 2000 operacyi, wykonanych przez siebie na drogach żółciowych; z liczby tej zmarło 334 chorych czyli 16,7%; jeżeli odjąć przypadki zgoła nieuleczalne, jak np. nowotwory oraz ropne zapalenia dróg żółciowych rozlane, to śmiertelność wyniesie nie więcej, niż 5,4%, w kamicy zaś żółciowej zaledwie 3,2%.

Mówca jest zwolennikiem wczesnego operowania, dlatego miał mniej, niż inni autorowie, przypadków powikłanych; bardzo rzadko wytwarza przetokę pęcherzową, wyniki najlepsze miał po wycięciu pęcherza żółciowego i sączkowaniu dróg żóciowych pod postacią litery T, śmiertelność wyniosła tu nie więcej, niż 2,1%.

Co do przyczyny powstawania zapalenia trzustki ostrego *Arnsperger* powołał się na wygłoszone przez siebie przed 2 laty przypuszczenie o związku, istniejącym pomiędzy zapaleniem pęcherza żółciowego, a zapaleniem trzustki przewlekłem. Ostatnimi czasy spostrzegał 3 przypadki zapalenia trzustki ostrego, w 2 z nich było stwierdzone zapalenie pęcherza żółciowego przewlekłe.

Nordmann przytoczył wyniki doświadczeń swych na psach co do omawianej sprawy; mianowicie, po wstrzyknięciu do pęcherza żółciowego hodowli drobnoustrojów ropotwórczych podwiązywał brodawkę dwunastnicy (ampulla Vateri); psy ginęły w ciągu 2 dni, podczas oględzin pośmiertnych stwierdzono zgorzel trzustki ostrą; tymczasem wynik doświadczeń był ujemny, gdy podwiązywano przewód żółciowy wspólny jeszcze przed wejściem do dwunastnicy.

Mówca stwierdził ropne zapalenie pęcherza żółciowego u ludzi w każdym z 8 spostrzeganych przez siebie przypadków zapalenia trzustki, dlatego wobec cierpienia powyższego radzi co rychlej sączkować pęcherz żółciowy lub przewód wspólny, wreszcie—wycinać całkowicie pęcherz żółciowy.

Korte w 3 przypadkach ostrego zapalenia trzustki miał wynik pomyślny; po usunięciu wysięku nakłuwa trzustkę w wielu miejscach za pomocą przyrządu giętkiego, naostatek wprowadza sączek i tamponuje gazą.

Na zakończenie zjazdu rozprawiano o kończynach dość pobieżnie, przedstawiono szereg przyrządów ortopedycznych, wreszcie — zastanawiano się nad leczeniem wad i zniekształceń wrodzonych i nabytych.

A. CIECHOMSKI.

BIBLIOGRAFIA.

Stefan Gaszyński. *Akuszerya dla użytku lekarzy i uczniów szkół położniczych. Warszawa 1912. Wydanie Kasy imienia Dr. J. Mianowskiego.*

Ukazanie się dzieła naukowego jest w naszych warunkach zjawiskiem rzadkiem. Na Zachodzie życie wre; tam i cierpienie ludzkości znajduje ukojenie, i mózg jej swój pokarm; tam każdy, co nauce się poświęcił, a przedmiot swój ukochał, stara się nowy snop światła nań rzucić, lub—co najmniej—pod swoim przedstawić go kątem widzenia. To też i dzieła naukowe rosną tam, jak grzyby po deszczu, tak że czytelnik nie może nawet wszystkich przetrawić. U nas inaczej.

Powszechny brak zachęcenia a nawet pewnego przymusu z zewnątrz, powszechne zobojętnienie, apatya od wewnątrz — powodują, że piśmiennictwo nasze naukowolekarskie od dłuższego już czasu zredukowało się prawie wyłącznie do ulotnych prac w wydawnictwach bieżących.

Stojąc na stanowisku, że książka, o ile nie jest szkodliwa, już zbyteczna nie jest, zacznę od serdecznego powitania nowego dzieła z dziedziny akuszeryi. Ogrom pracy, i to pracy zgoła bezinteresownej, zasługuje na uznanie ze strony ogółu; autor oddał rzetelną przysługę i studentom i lekarzom, nie posiadającym języków obcych. Niechaj to będzie głównym punktem wyjścia w ocenianiu tej książki. Przechodząc teraz do oceny poszczególnych stron „Akuszeryi", trudno mi będzie uniknąć wskazania na cechy ujemne; czynię to z obowiązku, oraz w nadziei, że autor, o ile przyzna mi słuszność, zechce braki te usunąć w wydaniach następnych, których mu z serca życzę.

Przedewszystkiem co do układu książki. Pomieszanie fizyologii z patologią, wykład zmian patologicznych danego działu, zanim czytelnik poznał całość w warunkach fizyologicznych — uważam za niepedagogiczne. Lekarz jako tako zoryentuje się, o co chodzi, studentowi będzie z tem trudniej. W przyszłości brak ten łatwo dałby się usunąć. Tymczasem autor wynagradza go dużą liczbą rycin, które często więcej uczą, niż najlepszy opis.

I tu wszakże jest pewne „ale". Jeżeli w każdem dziele dopuszczalne są ryciny cudze, o ile obrazują rzecz rzadką lub o ile są w swoim rodzaju doskonałością, to przecież zasadniczo starać się należy o ryciny własne. Odpowiednie preparaty anatomiczne autor mógł wykonać sam, patologiczne—otrzymałby z oddziałów chirurgicznych i ginekologicznych. Koszt wydawnictwa zwiększyłby się nieco, książka natomiast w istocie swej byłaby bardziej polska. Skądinąd na polskość dzieła swego zwrócił autor baczną

uwagę, oraz zadał sobie wiele pracy w tym kierunku; prace autorów polskich skrzętnie są notowane przed odpowiednimi rozdziałami; szkoda tylko, że mniej są one uwzględniane w tekście samych rozdziałów.

W sprawie polskości podlega omówieniu jeszcze sprawa języka; ogólnie biorąc, jest on bez zarzutu; wykład jasny, styl potoczysty. Nie zawsze atoli autor trzymał się jednostajnego słownictwa: np. na str. 541 zamiast „wiciowaty“ znajdujemy „winoroślowaty“ = plex. pampiniformis; razi też stale powtarzający się błąd w pisowni wyrazu „sporysz“ (autor pisze wszędzie „sporyż“).

Omówienie wartości naukowej dzieła należy do zadań najtrudniejszych; wszak krytyka—to nie polemika. Tu autor grzeszy, bądź cytujac rady, które można dziś uważać za anachronizmy: np. przekłucie torbieli jajnika podczas porodu (str. 286), operowanie raka macicy metodą mieszaną — drogą brzuszną i pochwową (str. 289); grzeszy, pomijając pewne oświetlenia spraw, które można uznawać lub nie, o których wszakże wiedzieć należy np. wśród przyczyn przedwczesnego odejścia wód nie wspomniał autor o nizkim przyczepie łożyska (str. 318); grzeszy, pomijając użyteczne przyrządy, np. wśród rozszerzaczy macicznych przy porodzie — przyrząd Tarniera — „ecarteur à 3 branches“, dostępniejszy i mniej niebezpieczny od rozszerzaczy Bossiego. Przy omawianiu badania zewnętrznego praca Pinarda została uwzględniona tylko w nagłówku, natomiast głos oddano wyłącznie Leopoldowi. Wszak można było choć w formie dodatku wykazać różnicę badania obu tych autorów.

Wogóle autor stosuje się w całem dziele swojem ze szczególnem zamiłowaniem do autorów niemieckich, zapominając, że u innych narodów możeby się nie mniej wartościowych rzeczy znalazło; i odwrotnie, po za autorami niemieckimi spotykamy też nazwiska, w dziełach poważnych nie cytowane.

Wymienione zarzuty dotyczą bądź strony technicznej, bądź zabiegów rzadszych. Znadujemy pozatem też i rady z dziedziny praktyki codziennej, do których nie zawsze warto się stosować, np. sposób wyjaławiania ręki przy wyjmowaniu łożyska (str. 436), pominięcie zalecenia, aby to czynić w rękawiczkach (Bumm); dalej rada, aby wpierw zbadać wewnętrznie ciężarną, przekonać się o rozpoczęciu się porodu, a potem dopiero szykować pokój porodowy.

Omawiając stronę naukową dzieła, podnieść należy i to, że prace wartościowe samego autora, szczególniej dotyczące pelwimetryi, znalazły szerokie uwzględnienie.

Są więc braki w „Akuszeryi“ Gaszyńskiego, lecz braki, dające się usunąć. Dziś, gdy autor oddaje do użytku ogółu dzieło swoje, należy postawić pytanie, czy w tej formie, w jakiej ukazało się, będzie ono użyteczne dla ogółu? Odpowiedzieć należy twierdząco. Może oddać prawdziwą usługę szukającym wiedzy podstawowej; specyalista zaś szczegóły zawsze krytycznie przyjąć potrafi.

ZYGMUNT MONSIORSKI.

Redaktor A. Leśniowski. Wydawca C. Stankiewicz.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.